

ÉTUDE
SUR LES
POLYPES DU PHARYNX BUCCAL

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Samedi 4 Mars 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL BOUILLOUD

Né le 13 décembre 1866, à Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire).



LYON
IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}

10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

—
Mars 1893

Série 1 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 798.

ÉTUDE
SUR LES
POLYPES DU PHARYNX BUCCAL

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le Samedi 4 Mars 1893
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
PAUL BOUILLOUD

Né le 13 décembre 1866, à Salornay-sur-Guye (Saône-et-Loire).



LYON
IMPRIMERIE LÉON DELAROCHE & C^{IE}
10, PLACE DE LA CHARITÉ, 10

Mars 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Clinique médicale	{ MM. LÉPINE.
Clinique chirurgicale	{ BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générale	J. TEISSIER.
Anatomie pathologique	BERNE.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale	X...
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	ROLLET.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET,	agrégé.
Accouchements	POULLET,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	WEILL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	RODET.	BOUVEAULT, char-
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (Etienne).	gé des fonctions
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	d'agrégé.
DEVIC.	PERRET.	ROUX.	

M. ETIÉVANT, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. LAROYENNE, *Assesseur*; MM. AUGAGNEUR et LANNOIS, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON PÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MON ONCLE

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAÎTRE ET AMI

HENRI LECLÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ MAITRE
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. LAURE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

A M. LE PROFESSEUR LORTET

DOYEN DE LA FACULTÉ

A M. LE DOCTEUR S. CORDIER

CHIRURGIEN-MAJOR DE L'ANTIQUAILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

CHIRURGIEN-MAJOR DE L'HÔTEL-DIEU

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANNOIS

MÉDECIN DES HÔPITAUX

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Considérés comme très rares par tous les auteurs, les Polypes du pharynx buccal ont été jusqu'à ce jour peu étudiés.

Il nous a paru intéressant de réunir les faits isolés que nous avons pu glaner çà et là dans la littérature médicale et de présenter une étude d'ensemble de ce chapitre encore peu connu de la Pathologie du pharynx.

Cette tâche n'eût pas tenté notre inexpérience si nous n'avions eu, pour nous guider et nous soutenir dans son accomplissement, les conseils autorisés de notre maître M. le Professeur agrégé Lannois, qui nous a inspiré cette thèse.

Nous aurons en vue, dans notre travail, les tumeurs bénignes pédiculées ou polypes ayant leur siège sur les

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

A part les papillomes du voile, assez fréquents dans la pratique des spécialistes, les polypes du pharynx buccal, surtout les polypes congénitaux, sont, nous l'avons dit, extrêmement rares. Aussi n'est-ce pas dans les traités classiques qu'il faut en chercher une étude même succincte; les plus développés se bornent à des indications très vagues, la plupart en font à peine mention.

Nos investigations ont porté spécialement sur les revues françaises et étrangères; nous en avons extrait et soigneusement compulsé tout ce qui pouvait se rattacher à notre sujet.

*
* *

En ce qui concerne les polypes congénitaux, nous avons pu en réunir quatorze cas authentiques, dont deux seulement, ceux de Legroux (1867) et de Clérault (1874), appartiennent à la médecine française. Les autres sont dus à des auteurs allemands, anglais ou italiens.

Jusqu'à ces dernières années, ils n'avaient été l'objet d'aucune étude particulière, et les faits que nous rapportons ont été presque tous publiés isolément, tels ceux de : Ford (1815), Adelman (1842), Lambl (1860), Goschler (1865), Abraham et Barton (1881), Hale White, Rushton Parker (1881), Schuchardt (1884).

En 1888, paraît le travail de Julius Arnold (d'Heidelberg), qui constitue une intéressante étude de tératologie; puis, en 1889, celui de Richard Otto (de Dorpat), qui s'occupe uniquement des polypes congénitaux et reproduit, en les discutant, une partie des idées d'Arnold et de Schuchardt. Ces deux importantes monographies donnent de la question une idée assez complète, et nous devons à la vérité de dire qu'elles nous ont été d'un grand secours dans la rédaction de la partie de notre thèse qui a trait à ces polypes.

En 1889, A. Petrone (de Catane) augmentait d'une observation la liste des tumeurs congénitales du pharynx; puis, en 1892, F. Roncalli publiait dans *Il Sordomuto*, un cas analogue commenté bientôt après,

dans le même journal, par les professeurs Gradenigo et Taruffi (de Bologne).

*
* *

Les polypes de l'amygdale n'ont, guère plus que les polypes congénitaux, provoqué les recherches : pour eux, comme pour ces derniers, l'on doit s'en tenir aux rares observations éparses çà et là dans les recueils scientifiques.

La plus ancienne est due à Julia (1863); cependant, Sangalli (de Pavie) avait décrit avant lui, sous le nom d' « *Ipertrofia circonscritta della tonsilla* », de petits polypes fibreux multiples observés sur une amygdale et constitués par un tissu fibrillaire recouvert d'un épithélium stratifié.

Le cas de Curling (*Lancet*, 1858) qu'on a l'habitude de citer à cette place, doit en être exclu : il ne s'agit point d'un polype, mais d'une transformation fibreuse en masse de toute l'amygdale.

Avec l'observation de Bourdon (1872), la question fait un pas important, et, pour la première fois, un examen histologique nous renseigne sur la structure intime de la tumeur. Puis viennent les faits de Fruhwald (1879) et de Frœlich (1880), également détaillés et bien étudiés, celui de Delavan (1882) et enfin ceux de MM. Masse (1885), Lannois (1888) et A. Rivière (1889), aussi complets et aussi précis que possible.

Comme étude générale, les communications de MM. Lannois et A. Rivière représentaient, jusqu'à ces dernières années, la synthèse de la question; depuis,

M. Lejars, en 1891, reprenait le même sujet et l'enrichissait de quatre observations inédites, dont deux personnelles. Intéressante surtout au point de vue anatomo-pathologique, son étude séparait les polypes de l'amygdale en deux variétés : polypes fibro-angiomateux et polypes lympho-angiomateux. Nous adopterons cette division avec une légère modification.

*
* *

Les polypes papillomateux, sans doute à cause de leur simplicité et de leur fréquence relative, ont été plus vite connus.

Depuis que Verneuil eut montré, dans une observation type communiquée à la Société de Médecine de Paris, en 1858, que ces tumeurs devaient être regardées comme une hypertrophie papillaire pédiculée, un grand nombre de faits analogues ont été publiés, surtout dans ces vingt dernières années, soit en France, soit à l'étranger.

La thèse de Courtade (Paris, 1885), riche de faits originaux, représente le travail le plus complet sur les polypes papillomateux du voile.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomie macroscopique.

Les polypes congénitaux se présentent sous la forme d'une petite masse arrondie, allongée, piriforme. Une planche lithographique, qui représente la tumeur d'Arnold, rappelle assez bien l'aspect d'un utérus. Parfois cette forme est moins régulière : le polype étudié par R. Otto figurait un corps ovoïde allongé auquel était annexée une tumeur plus petite, ayant la forme d'un cœur, greffée par toute sa base sur la première, près du pédicule. Celle de Roncalli ressemblait à une oreille d'adulte ; une noisette, une fève, un haricot, un œuf de pigeon, tels sont les termes de comparaison usités.

Les dimensions de ces polypes varient entre 2 cent.

et 5 cent. 1/2 de longueur, avec une épaisseur de 1 à 2 cent.

Leur surface externe, dont la couleur ressemble absolument à celle de la peau extérieure, est recouverte de poils follets, très fins, de nuance claire et plus ou moins abondants ; leur longueur n'atteint pas au delà d'un 1/2 cent. C'est à ce caractère essentiel que les polypes congénitaux doivent le nom de polypes villex qui leur est donné par quelques auteurs. Ordinairement lisse et unie, cette surface était, dans le cas d'Arnold, creusée de petites dépressions en fossettes.

Suivant la plus ou moins grande proportion d'éléments adipeux qui entre dans leur composition, leur consistance est dure ou molle.

Leur mode d'attache se fait par un pédicule, dur et solide, nettement différencié du corps de la tumeur. Ce pédicule, en effet, n'est pas recouvert par de la peau, mais par une muqueuse rosée et glabre. Sa longueur oscille entre quelques millimètres et un centimètre ; l'épaisseur est en raison inverse. Dans le cas de Schuchardt, un petit noyau dur, polygonal, gros comme un grain de chènevis, existait latéralement à l'union du pédicule avec la tumeur ; dans celui de Hale White, l'implantation se faisait par une large base.

Le point d'insertion du pédicule sur la muqueuse n'a pas de siège exclusif. On l'a observé : sur la moitié gauche de la face postérieure du voile (Arnold, R. Otto), sur la moitié gauche de la paroi postérieure du pharynx (Schuchardt), sur sa paroi postéro-supérieure (Petrone), sur le tiers supérieur du bord du pilier antérieur droit (Roncalli). Celui de White, nous l'avons dit,

s'implantait sur le voile ; quant aux autres observations, elles ne désignent pas de point précis ; ce dernier est parfois très difficile à reconnaître (Lambl). Le siège d'élection des polypes congénitaux sur la moitié gauche du pharynx avait déjà été signalé par R. Otto.

Dans le cas de Clérault, l'insertion se faisait à la partie moyenne de la voûte palatine. Bien que placé, de ce fait, en dehors du cadre que nous nous sommes tracé, nous avons cru devoir le rapprocher de ceux que nous avons réunis à cause de sa signification pathogénique.

Ce polype, remarquable par ses dimensions (6 cent. de long sur 6 de large et 1 cent. 5 d'épaisseur), était aplati d'avant en arrière et bilobé à son extrémité libre. Rosé, mou et vilieux comme les précédents, il présentait, fixé sur le côté droit de son pédicule, « un appendice charnu, de la grosseur d'une plume d'oie, d'une longueur de 2 cent. environ » et recouvert d'une muqueuse analogue à celle de la bouche.

A ces polypes congénitaux *vilieux*, nous devons ajouter une autre catégorie de tumeurs congénitales, non revêtues de poils. Nous ne parlerons pas de celle d'Adelmann, sur laquelle nous n'avons pas de renseignements précis, mais un beau spécimen de cette variété nous est fourni par Legroux. Il s'agit d'une tumeur sphérique, du volume d'une petite pomme d'api et fixée au pilier antérieur droit par un pédicule assez large.

C'est un kyste dermoïde, affectant la forme pédiculée, et, c'est à ce titre que nous le comprenons dans notre étude des polypes congénitaux du pharynx buccal.

*
* *

Les polypes de l'amygdale appartiennent à deux variétés qui se révèlent, à l'examen macroscopique, avec des caractères quelque peu différents.

Dans la première catégorie (polypes fibro-angiomateux), il s'agit de tumeurs assez volumineuses, longuement pédiculées, et figurant un corps arrondi, allongé en massue, plus ou moins cylindrique ou aplati. Leurs dimensions, relativement considérables, rappellent le volume d'une noix, d'un petit œuf de poule, du pouce, d'une datte, et mesurent en moyenne de 3 à 4 cent. de longueur sur 1 à 2 cent. de diamètre. Leur surface, en général lisse, humide, légèrement rosée, grisâtre ou blanc-mat, tranche sur la zone d'hyperhémie ambiante et offre parfois l'aspect gélatineux pseudo-transparent des polypes muqueux des fosses nasales. Le polype de M. Lannois présentait à sa partie postérieure « des veinules disposées sous forme d'étoile ». Leur consistance est, en certains cas, molle (Rivière, Masse), et comme fluctuante par places (Bourdon), mais plus souvent dure et ligneuse (Lannois). Ces polypes sont fixés par un pédicule dur et résistant, gros comme une plume d'oie ou une petite ficelle et d'une longueur de 1 à 3 cent. Grâce à cette disposition, ils peuvent parcourir un certain trajet dans la cavité pharyngienne. La tumeur étudiée par M. Masse oscillait dans la gorge à la façon « d'un battant de cloche » et présentait sur le trajet de son pédicule « trois renflements successifs du volume d'un grain de groseille ».

La seconde variété (polypes lympho-angiomateux),

moins fréquente, comprend des polypes plus petits que les précédents, ne dépassant pas le volume d'un pois vert ou d'une amande et munis d'un pédicule de quelques millim. à 1 centim. au plus. Leur corps, plus ramassé, se rapproche davantage de la forme sphérique; leur surface, moins régulière, comme framboisée, est plus rouge et plus foncée et sa coloration se confond avec celle de l'amygdale dont ils ont aussi la consistance un peu ferme.

L'insertion de ces deux espèces de polypes se fait, sur l'amygdale, en des points qui ne sont pas toujours identiques. La glande est très souvent hypertrophiée, plus rarement d'apparence normale, et c'est à la face interne que se fixe le pédicule, tantôt à sa partie supérieure, tantôt à sa partie inférieure ou à son centre même. Il prend parfois naissance au fond d'une crypte (Ruault). Dans l'observation de Rivière, il avait son origine en arrière du pilier antérieur droit. Neuf fois il s'implantait sur l'amygdale gauche et six fois seulement sur la droite.

*
* *

Les polypes papillomateux sont de petites tumeurs arrondies, pédiculées.

D'ordinaire très grêle, cylindrique, mou, extensible, le pédicule varie entre 1 et 15 millim. de longueur; il est plus étroit à sa partie moyenne qu'à ses points d'insertion et son diamètre ne dépasse pas 1 à 2 millim.

La tumeur elle-même atteint le volume d'une lentille, d'un noyau de cerise, d'une fève, d'une bille à jouer; en d'autres termes, ses dimensions mesurent de

quelques millim. à 1 cent. environ de longueur sur 1 à 5 millim. d'épaisseur. Sa forme est plus ou moins arrondie, tantôt ovoïde, tantôt allongée ou aplatie comme une lentille à faces symétriques ou inégalement bombées.

Le papillome examiné *in situ* est de couleur blanc-rosé ou rouge peu foncé, tandis que le pédicule, lisse et uni, est de teinte plus sombre. La tumeur présente souvent aussi l'aspect d'une petite vésicule opaline où l'on ne distingue presque pas les papilles qui sont agglutinées par le mucus buccal (Garel, Dartigolles). Aussitôt le polype plongé dans l'alcool, les papilles font saillie et deviennent très apparentes ; la tumeur se montre alors hérissée d'une quantité de petites éminences visibles à l'œil nu, régulièrement arrondies, sessiles ou légèrement pédiculées, simples (Nepveu) ou plus souvent bifurquées et trifurquées à leur extrémité libre. Verneuil compare cet aspect à celui d'une glande en grappe. Plus généralement il se rapproche de celui de la muqueuse linguale, lorsque ses papilles sont hypertrophiées.

La forme que nous venons de décrire est celle affectée généralement par les polypes papillomateux, mais elle n'est pas la seule.

Dans certains cas, le papillome est moins nettement pédiculé, ce caractère peut même lui faire complètement défaut et l'on a affaire alors à de petites tumeurs verruqueuses plus ou moins sessiles ou présentant seulement une sorte de collet étranglé.

Dans d'autres cas, au contraire, le pédicule est à tel point développé qu'il constitue à lui seul toute la

tumeur. Courtade, qui cite un exemple de ce genre, s'appuie sur l'examen microscopique pour dire que c'est là le premier stade des papillomes polypoïdes.

Les papillomes peuvent exister sur la paroi postérieure du pharynx ou sur l'amygdale (Garel, Luschka, Sommerbrodt, Morell-Mackenzie), mais le fait est extrêmement rare. Ils s'insèrent, dans la grande majorité des cas, sur le bord libre du voile du palais, sur l'angle qui existe entre ce bord libre et la luette, sur les bords de la luette ou à son extrémité (Guéneau de Mussy) et enfin sur les piliers. Plus rarement ils se développent sur la face antérieure du voile (Courtade) ou sur sa face postérieure (Poyet).

Anatomie microscopique.

Les polypes congénitaux sont des tumeurs à parenchyme adipeux disposé dans les mailles d'un stroma conjonctif ou fibreux; elles sont parcourues suivant leur grand axe par une tige centrale, à éléments variés, née du pédicule et qui se prolonge jusqu'au voisinage de l'extrémité libre. Leur membrane d'enveloppe est constituée par de la peau.

Les divers spécimens ne diffèrent entre eux que par le nombre et la disposition de leurs éléments, détails que nous allons étudier, sur une coupe transversale, d'après le type le plus général.

La couche de revêtement présente les caractères d'une peau de fœtus à terme; épiderme très mince à cellules superficielles cornées et stratum de Malpighi

peu élevé; au-dessous, derme plus épais qu'à l'état normal, dépourvu de papilles et à bord rectiligne, dans lequel s'enfoncent des bulbes pileux, des follicules sébacés et parfois des glandes sudoripares. Ce derme, formé de faisceaux conjonctifs (Arnold) ou fibreux (Clérault) entrecroisés dans tous les sens, est parcouru par des vaisseaux à endothélium très net et accompagnés d'une gaine riche en cellules (Arnold).

Des travées secondaires, émanées de ce derme et de même nature que lui, s'enfoncent verticalement dans la tumeur, limitant des espaces cloisonnés remplis de pelotons adipeux plus ou moins abondants qui constituent la masse du polype. Elles convergent vers le centre de la coupe, où elles s'abouchent dans un noyau fibreux qui représente la section de la tige centrale : le milieu de ce noyau est occupé par des fibres musculaires striées, volumineuses, disposées en faisceaux peu distincts dont l'enveloppe conjonctive (périnysium) n'est pas très nette (Clérault). Tout au centre on trouve un ou plusieurs vaisseaux. Ces divers éléments, travées conjonctives ou fibreuses, fibres musculaires striées, vaisseaux, divergent du noyau central et rayonnent, entre les pelotons adipeux, en s'atténuant jusqu'à la périphérie. Arnold a trouvé des fibres nerveuses myéliniques et amyéliniques au voisinage des vaisseaux, dont quelques-uns avaient la structure des artères.

Certaines de ces tumeurs contiennent du tissu cartilagineux hyalin, qui tantôt fait partie de la tige centrale (Arnold, Barton), tantôt se dispose en zone intermédiaire entre la peau et la graisse (Otto, H. White), ou bien affecte la forme de noyaux disséminés

(Petrone, Schuchardt). Jamais elles ne présentent de tissu osseux et les fibres musculaires font parfois défaut (Otto).

La tumeur congénitale, non vilieuse, étudiée par M. Legroux (kyste dermoïde pédiculé) était une tumeur adipeuse à stroma fibreux, présentant des noyaux cartilagineux disséminés et pourvus de points d'ossification. Au centre existait un kyste, à contenu filant, incolore et inodore, tapissé d'une membrane identique à la peau d'un nouveau-né avec duvet, glandes sébacées et sudoripares. Quelques vaisseaux parcouraient la tumeur ; il n'y avait pas de nerfs.

*
* *

Les polypes de l'amygdale se présentent, à l'examen microscopique, sous deux aspects correspondant aux variétés fibro-angiomateuse et lympho-angiomateuse.

Polypes fibro-angiomateux ou fibro myxo-angiomateux. — Nous choisirons pour notre description le cas de M. Lejars et celui de M. Lannois, les plus précis et les plus propres à donner une idée exacte des deux types histologiques fournis par cette variété.

Nous résumons le premier : Epithélium pavimenteux stratifié, épais, régulier ; au-dessous, papilles avec bouquet vasculaire central et quelquefois petit hémato-me. — Stroma fibreux, semé de nombreuses cellules rondes et criblé de *lacunes* arrondies, allongées ou en bissac, vides ou contenant des détritits granuleux qui

rappellent la structure des globules sanguins. Une mince couche de cellules réfringentes, absente par places, tapisse la paroi de ces lacunes; à leur voisinage, cellules embryonnaires plus nombreuses. — Dans cette gangue fibro-conjonctive : artérioles à parois épaisses, îlots de dégénérescence myxomateuse, nulle trace de tissu lymphoïde.

Dans la tumeur décrite par M. Lannois, la tendance myxomateuse, seulement indiquée dans le cas précédent, s'affirme d'une façon beaucoup plus marquée. En voici l'examen histologique, fait au laboratoire de M. le professeur R. Tripier par M. le docteur Lemoine, qui a bien voulu nous le communiquer :

« *Tumeur myxomateuse.* — Les coupes ont été colorées au picro-carmin et au carmin aluné.

« Le fond de la tumeur est constitué par un tissu incolore parsemé çà et là d'agglomérations de cellules rondes, petites, dont le noyau, qui occupe presque toute la cellule, se colore vivement. Ces cellules ne sont pas seules et on constate à côté d'elles, mais alors plus espacées les unes des autres, un grand nombre de cellules étoilées, dont le noyau se colore bien et dont les prolongements réfringents s'anastomosent entre eux. Un grand nombre de fibres élastiques traversent la préparation. Le tissu intercellulaire est en grande partie incolore, transparent, à peine strié. D'une façon générale l'élément embryonnaire prédomine.

« Il existe en outre dans cette tumeur un certain nombre de *lacunes* et de *vaisseaux*.

« Les lacunes sont tantôt arrondies, tantôt à contours

irréguliers, anguleux ; leur lumière est vide, quelquefois elle contient quelques débris cellulaires. Leur paroi interne est en général tapissée d'éléments cellulaires aplatis, sur lesquels on voit saillir le noyau vivement coloré par le carmin.

« En d'autres points ce revêtement cellulaire manque tout à fait ou seulement par places. Dans ce cas, on voit un simple anneau fibreux entourant un espace complètement vide. Ces lacunés ne sont pas très nombreuses et se remarquent par groupes.

« Le réseau vasculaire est formé de capillaires à parois propres et dont l'endothélium et la couche conjonctive se présentent avec leurs caractères normaux. Cependant, dans un certain nombre de points, les artérioles ont une paroi fortement épaissie.

« On n'observe pas de dilatations vasculaires, pas d'épanchements de sang au milieu du tissu, — il n'existe pas non plus de cellules adipeuses.

« Les bords de la tumeur sont constitués par le corps de Malpighi, qui présente ici sa constitution normale, et une mince couche cornée. »

Les observations de Bourdon, Delavan, Masse, Lefour, et surtout celle de Rivière, sont à rapprocher de celles que nous venons d'étudier. La plupart ont un stroma fibreux, myxomateux par places, avec dilatations vasculaires et lacunes plus ou moins nettes.

La tumeur de M. Masse présentait, en outre, à son centre « une certaine quantité de graisse infiltrée dans les mailles du tissu conjonctif ».

Polypes lympho-angiomateux. — Nous empruntons à M. Lejars la description de cette variété :

« Sur les coupes minces, à un faible grossissement, on constate ce qui suit : à la surface, une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, assez épaisse et dont la lame cornée se dessine très nettement ; au-dessous, des papilles coniques, simples ou composées, plus nombreuses par places. En de nombreux points, immédiatement au-dessous de l'épithélium, on trouve un véritable réticulum très fin, très régulier, analogue à celui des ganglions lymphatiques ou des follicules clos de l'intestin. La masse même de la tumeur est infiltrée de cellules lymphatiques, qui se groupent par places en amas et qui figurent une ébauche de follicule. Ce stroma lymphoïde est parsemé de cavités, irrégulières ou lacunes, arrondies ou ovalaires, plus souvent anguleuses, de largeur médiocre, en général, mais très rapprochées, et, par points, confluentes ; leur contenu est en quantité plus ou moins grande, il est granuleux et semé de nombreux globules blancs et rouges.

« Ainsi, à côté des lacunes vasculaires, il existait dans ce polype, du tissu lymphoïde véritable, analogue à celui de l'amygdale elle-même, sans reproduire pourtant, dans son entier, la texture propre de la glande. »

Les polypes de Frühwald, Frœhlich et Lublinski présentent une structure à peu près identique.

« Ainsi, dit Lejars, l'importance de l'élément vasculaire dans la texture des polypes amygdaliens est depuis longtemps reconnue; et nous sommes autorisés à conclure que ces polypes sont essentiellement des polypes vasculaires, et que, suivant les caractères de leur stroma, il en existe deux types : 1^o les polypes fibro-angiomateux, 2^o les polypes lympho-angiomateux.

« Cette structure est-elle propre aux polypes amygdaliens proprement dits ? Nous ne le croyons pas. Les polypes dits de l'amygdale ne diffèrent pas en réalité de ceux des arrières-narines. Il y a longtemps que Muron (Société de Biologie, 1870) a démontré la vascularisation spéciale, très abondante, capillaire et friable, des polypes naso-pharyngiens ; de là aux formes angiomateuses que nous venons de décrire, il n'y a qu'un pas. La muqueuse nasale et pharyngienne est essentiellement une *région à polypes*, mais le type varie suivant les points : muqueux dans les fosses nasales, le plus souvent ; fibro-muqueux au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales, ils deviennent vasculaires, lympho-angiomateux ou fibro-angiomateux plus bas, dans la portion buccale du pharynx et dans la région amygdalienne. »

En dehors de l'amygdale, nous avons pu observer une tumeur (obs. IV) siégeant sur la partie latérale droite du pharynx, et présentant les mêmes caractères anatomo-pathologiques que les polypes lympho-angiomateux de Lejars.

*
* *

La structure histologique des polypes papillomateux présente quelques différences suivant les divers spécimens.

La tumeur, dont l'observation nous a été communiquée par M. Lannois (obs. I) et dont nous donnons l'examen microscopique, dû à l'obligeance de M. Lemoine, est un papillome muqueux.

« Les préparations ont été conservées dans le liquide de Müller et colorées au picro-carmin et au carmin aluné.

« La tumeur est formée par un bourgeon central sur lequel viennent se greffer un assez grand nombre de bourgeons secondaires lesquels donnent naissance à d'autres bourgeons encore plus petits, ceux-ci à peine visibles et dont on ne reconnaît la forme que d'après le revêtement cellulaire qui les entoure.

« Les bourgeons central et secondaires sont constitués par du tissu conjonctif dense au milieu duquel on aperçoit des vaisseaux remplis de sang, tantôt suivant une coupe longitudinale, tantôt suivant une coupe transversale. En général, ces vaisseaux sont fortement dilatés, et offrent une paroi à contours inégaux.

« Tout autour de ces bourgeons, on constate la présence d'un revêtement épithélial, absolument semblable comme constitution à celui du corps muqueux

de Malpighi; les cellules pavimenteuses, pressées les unes contre les autres à la base, ont un volume normal et vont en s'aplatissant à mesure qu'on se rapproche de la périphérie.

« En certains points de la préparation on note la présence d'espaces clairs dans les cellules de revêtement; celles-ci sont vésiculeuses et présentent l'aspect d'une dégénérescence colloïde. Le noyau de la plupart de ces cellules est mal coloré, mais d'une façon générale cependant, surtout dans les préparations colorées au carmin aluné, le noyau a conservé son éléction.

« Les bourgeons tenant aux bourgeons secondaires ne sont reconnaissables qu'à la disposition en éventail du revêtement cellulaire qui les recouvre. Dans certains d'entre eux on n'aperçoit au centre qu'un vaisseau sans tissu conjonctif; dans d'autres une simple tache longitudinale de couleur sombre. »

Cette tumeur, ainsi que celle de Dartigolles, est remarquable par l'existence de vacuoles entre les cellules de son revêtement épithélial; ce type muqueux est assez rare. A part cette particularité, elle ressemble à la plupart des papillomes: c'est un papillome composé de même que celle de notre observation II. Le papillome simple, à papilles non ramifiées, est beaucoup moins fréquent (Nepveu).

Nous avons trouvé, d'autre part, une tumeur (obs. V) siégeant sur l'amygdale et dans laquelle l'élément vasculaire avait, pour ainsi dire, totalement disparu. Examinée au microscope, elle ne présentait nulle trace de tissu fibreux ni aucun élément cellulaire,

épithélial ou conjonctif. Il n'y avait que du tissu kératinisé, légèrement strié.

On a probablement affaire, dans ce cas, à un papillome corné à l'état tout à fait adulte.

La tumeur qui fait l'objet de notre observation III et qui siégeait également sur l'amygdale, paraît être de même nature que cette dernière, mais à une période moins avancée. Dans cette tumeur, en effet, existe un paquet vasculaire considérable.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

La présence des polypes congénitaux dans le pharynx buccal se traduit par des symptômes différents suivant l'âge du malade.

Ils intéressent la déglutition et la respiration.

Chez le nouveau-né, les troubles consistent en une gêne de la succion qui empêche l'action de teter; les moindres efforts commandés par cette fonction provoquent des quintes de toux et des vomissements. La respiration est rendue très difficile; les accès de suffocation sont fréquents, dangereux surtout pendant le sommeil, et l'enfant est en proie à une agitation insolite. Ces troubles persistent et parfois s'accroissent avec l'âge (Petrone). Une fois l'enfant vint au monde en état de mort apparente (Clérault), et, dans le cas de

Legroux, il présenta pendant les deux premiers jours des symptômes asphyxiques très prononcés.

Chez l'adulte, la déglutition, surtout celle des aliments solides, ne se fait qu'avec difficulté ; la respiration est, elle aussi, entravée, et cette gêne se manifeste par des ronflements, des accès de dyspnée et de suffocation. L'apparition de ces derniers semble favorisée lorsque la tumeur occupe certaines positions, lorsqu'elle est avalée par exemple (Schuchardt). La malade de Barton, âgée de 22 ans, outre les troubles de la déglutition, éprouvait une sensation de douleur et de tension dans l'oreille et dans la tête.

Il est évident, que les divers troubles étudiés à propos des polypes de l'amygdale peuvent accompagner les polypes congénitaux, toutes conditions d'âge et de siège égales d'ailleurs.

*
* *

C'est une particularité clinique assez curieuse des polypes de l'amygdale que d'exister souvent fort longtemps à l'état latent, c'est-à-dire sans donner lieu à aucun symptôme. Parfois le malade ne soupçonne même pas l'existence de sa tumeur (Julia, Masse, Delavan) et celle-ci n'est découverte que par hasard. Cependant il n'en est pas ainsi d'habitude et le polype se trahit par un ensemble de manifestations assez caractéristiques.

C'est une sensation de gêne spéciale dans la gorge, telle qu'en produit la présence d'un corps étranger, une sorte de chatouillement spontané ou provoqué par un changement de position de la tête (Frühwald), un picotement continu et fatigant, associé ou non à des dou-

leurs lancinantes, localisées dans l'oreille (Rivière) ou derrière la branche montante du maxillaire et dans l'articulation de la mâchoire (Lannois). Le malade de Masse percevait nettement la sensation de son polype qui se déplaçait. A ces phénomènes s'ajoutent fréquemment une sorte de « hem ! » et des crachotements incessants, des envies irrésistibles de tousser et même de véritables quintes. La voix, ordinairement intacte, est parfois nasillarde (Bourdon) et sujette à des enrouements subits se dissipant d'ailleurs très rapidement ; malgré cette intégrité apparente, elle ne conserve pas assez de souplesse pour les exercices du chant (Lefour).

C'est du côté de la déglutition et de la respiration que s'observent les troubles les plus sérieux et ce sont eux qui, en maintes circonstances, dominent la scène. Leur apparition est d'ordinaire lente et progressive.

Les mouvements de déglutition se répètent à tout instant : au moindre chatouillement, le malade cherche à avaler son polype sans cesse rejeté par la toux ou l'expuition. Le passage lui-même des aliments est souvent entravé et s'accompagne d'une sensation de gêne plus ou moins sensible.

Les troubles respiratoires, sans être constants, existent presque toujours, avec une intensité variable, et, l'on conçoit sans peine que la présence d'un polype un peu volumineux apporte un sérieux obstacle à la libre circulation de l'air dans le pharynx. Il en résulte des ronflements qui se produisent surtout la nuit. Lorsqu'il existe, en même temps, de la rhinite ou de l'hypertrophie des cornets (Garel) et que, par impossibilité de la respiration nasale, le malade en est réduit,

comme celui de Rivière, à respirer par la bouche, la situation est réellement pénible. En certains cas, il survient de véritables accès de suffocation, assez violents pour constituer un danger immédiat (P. Koch); chez le malade de Frühwald, ils se produisaient la nuit et ne cessaient qu'après le lever et quelques secousses de toux. Il est à noter que ces deux polypes, y compris leur pédicule, présentaient une longueur assez considérable pour que leur extrémité libre vînt obturer l'orifice du larynx. Cependant, d'autres tumeurs tout aussi volumineuses (Masse, Lannois, Rivière) ne déterminaient pas d'accidents de ce genre : il est vraisemblable de supposer que, dans ces cas, la conformation extérieure du polype s'adaptant mieux à l'espace sus-épiglottique, la tumeur s'arrêtait dans ce repli. Cette condition peut être favorisée encore par les particularités anatomiques de la région chez les divers individus et suivant que l'insertion du pédicule se fait plus ou moins haut sur l'amygdale.

Il est tout aussi difficile de préciser l'origine des douleurs d'oreilles que nous avons signalées : Frœhlich les explique par une pression de la tumeur sur la trompe d'Eustache ou son pavillon. Peut-être s'agit-il simplement d'une inflammation de voisinage propagée à ce conduit? Il est bon de rappeler à ce propos que, chez le sujet de Rivière, un écoulement purulent coïncidait avec les douleurs. Quant à la toux et aux crâchotements, ils sont assurément d'origine réflexe.

Ces divers signes, malgré leur importance, ne suffisent pas à établir, d'une manière certaine, le diagnostic : il faut voir la tumeur; mais souvent,

lorsqu'on procède à l'examen de la gorge, on n'aperçoit rien autre qu'une hypertrophie simple ou double des amygdales ou une angine plus ou moins marquée. Blotti transversalement entre la base de la langue et l'épiglotte, le polype se dérobe aux investigations. Ce n'est qu'à la suite d'une secousse de toux ou d'un mouvement d'expuition qu'il apparaît, projeté sur la face dorsale de la langue (Lannois, P. Koch). Dans cette situation, celui de Rivière, invisible au premier examen, « figurait une langue supplémentaire ».

Disons enfin que ces tumeurs ne sont pas sensibles à la pression et ne sont jamais animées de battements.

Chez le malade de M. Lannois, un état neurasthénique assez marqué coïncidait avec le polype. M. Lannois fait remarquer d'autre part que les porteurs de ce genre de tumeurs sont fréquemment des névropathes ; cette opinion est également partagée par M. Garel.

*
* *

Avant de se manifester par un signe quelconque, les polypes papillomateux peuvent exister également, pendant une période parfois très longue, à l'état latent, et, lorsqu'ils attirent l'attention, leur volume considérable atteste une origine déjà ancienne.

Le silence de cette évolution doit s'expliquer, suivant toute vraisemblance, par la petitesse des papillomes au début. Tant que leurs dimensions restent minimales, ils n'occasionnent aucune gêne, mais, qu'une poussée congestive de la région vienne augmenter brusquement leur volume ou la sensibilité des parties exposées à leur contact, cet état latent disparaît et fait

place à un ensemble de symptômes que nous allons décrire.

Le phénomène dominant, celui dont les malades sont le plus incommodés et sur lequel ils attirent tout d'abord l'attention, consiste en une gêne incessante occasionnée par le besoin de faire souvent des mouvements de déglutition à cause d'un chatouillement ressenti à la base de la langue. Ce symptôme se rencontre très fréquemment, quelquefois même à titre unique et dégagé de toute douleur spontanée ou provoquée (Courtade).

En d'autres cas, la sensation de corps étranger donne lieu à des accès de toux de caractère varié. Tantôt cette toux persiste avec une ténacité extrême, sèche, continue, rappelant la petite toux nerveuse, si fréquente chez certaines femmes (Verneuil), tantôt elle est moins franche et consiste en bruyants efforts d'expuition, fatigants et agaçants par leur répétition (Dartigolles). Parfois elle cesse lorsque le malade se couche sur le dos, et que le polype, au lieu d'irriter l'épiglotte, s'accôle à la paroi du pharynx (Courtade).

La déglutition s'accomplit d'ordinaire normalement et les liquides sont avalés sans difficulté, mais quelquefois le passage des aliments solides s'accompagne d'une douleur plus ou moins aiguë (Courtade, Dartigolles).

A ces divers troubles s'ajoutent fréquemment d'autres phénomènes, tels que le mal de gorge, l'angine glanduleuse (Guéneau de Mussy), l'hypertrophie des amygdales (Lannois), le coryza aigu ou chronique (Courtade), la sécheresse de la gorge (Vidal), la rhinite, etc...

La voix est presque toujours intacte; dans le cas de M. Lannois, elle était un peu prise, encore est-il difficile de faire ici la part de l'angine et celle du polype. Gerhardt cite une malade de 20 ans qui eut le hoquet pendant quelques jours. Elle perdit même la voix pendant une heure; cela se répétait chaque jour plus ou moins longtemps lorsque, huit jours après, elle devint complètement aphone. La voix revint après l'ablation de la tumeur.

C'est là sans doute un phénomène réflexe à rapprocher des crises hystériques, épileptoïdes, provoquées par le décubitus chez un homme de 19 ans, porteur d'une tumeur du voile du palais et observé par Herzfelder.

Les sujets nerveux réagissent d'ailleurs très vivement aux excitations causées par ce genre de tumeurs, quels qu'en soient le volume et le siège. Le malade névropathe étudié par Courtade dans une observation citée plus loin, avait éprouvé subitement une sensation d'étranglement due à un spasme laryngé.

Ces sujets, très sensibles et très irritables, sont vivement affectés moralement des sensations anormales qu'ils éprouvent.

D'autre part, il est souvent difficile, à l'examen de la gorge, de découvrir le papillome: lorsqu'il est de petite dimension et humecté par les liquides buccaux, celui-ci, en effet, s'accole à la muqueuse qui lui donne insertion, et, avec sa teinte opaline, sa surface légèrement saillante, il donne l'illusion d'une plaque muqueuse hypertrophique (Garel).

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Les polypes congénitaux, ainsi que leur nom l'indique, sont essentiellement l'apanage des nouveau-nés. Il est même probable que si l'on examinait chaque fois la gorge de l'enfant qui vient de naître, la science en compterait de plus nombreux exemples, étant donné que ces tumeurs peuvent rester longtemps sans donner lieu à aucun symptôme (Barton) et se détacher spontanément (Lambl).

Il y a donc peu d'intérêt, au point de vue de l'étiologie, à connaître l'âge exact auquel a été constaté le polype. On trouve, dans les observations, le chiffre extrême de 22 ans, avec les intermédiaires de 2, 4 et 10 jours, 5 et 6 mois, 3 et 13 ans. Le cas de Clérault fut observé immédiatement après la naissance.

Ces tumeurs ne paraissent pas affecter un sexe plutôt

que l'autre : sur 10 cas, le sexe féminin est mentionné 5 fois.

A part Clérault, qui parle d'une mère rachitique et d'un père tuberculeux, les auteurs ne fournissent aucune indication sur les ascendants des sujets qui en étaient porteurs. Quant à ces derniers, ils sont généralement bien constitués; une fois cependant il s'agissait d'un nouveau-né en état d'adynamie. Il paraît d'ailleurs peu logique de chercher de ce côté une cause prédisposante quelconque, si l'on considère le mode de développement tout particulier des polypes congénitaux.

Leur pathogénie a donné lieu à de nombreuses controverses; nous nous bornerons à en reproduire, sans les discuter, les traits principaux.

En Allemagne, deux opinions surtout ont passionné le débat.

L'une, celle de Schuchardt, considère les polypes congénitaux comme une double malformation parasitaire répondant à un degré inférieur d'épignathisme.

La seconde, émise par J. Arnold, prétend qu'ils sont seulement le résultat d'une anomalie de développement de la cavité bucco-pharyngienne de l'embryon et qu'il ne s'agit point ici, comme chez les épignathes, d'un bourgeon jumeau dégénéré.

R. Otto se range à l'avis de Schuchardt qu'il croit plus conforme à la vérité, puis il discute les deux théories.

Avant d'exposer les arguments invoqués de part et d'autre, peut-être est-il nécessaire de donner une définition de ce terme : double malformation parasitaire.

— Arnold et Schuchardt sont d'accord sur le fait d'une évolution vicieuse de la cavité bucco-pharyngienne chez l'embryon. Mais, tandis que le premier regarde cette malformation unique comme produisant à elle seule le polype, le second admet que la tumeur représente un embryon jumeau dégénéré, greffé en parasite sur l'embryon normalement développé et porteur de la malformation primitive. En un mot, il y a malformation d'une part chez l'embryon porteur du polype, malformation d'autre part chez l'embryon dégénéré constituant la tumeur et devenu parasite du premier.

R. Otto fait remarquer que J. Arnold a établi des divisions artificielles et qu'il a été obligé d'admettre des formes de transition constituant une véritable chaîne : or, dans l'épignathisme, on trouve tous les degrés possibles entre les tumeurs les plus simples et les plus compliquées.

D'après Arnold, la conséquence d'une semblable interprétation serait de faire considérer comme appartenant au même groupe de malformations doubles, les tumeurs dermoïdes, les tératomes du cou et du front et les appendices cervicaux et auriculaires. R. Otto répond à cela qu'il n'existe pas, dans les tumeurs de ce genre, une série de faits allant des formes les plus rudimentaires aux formes les plus développées.

Le médecin de Dorpat reconnaît qu'une autre objection pourrait encore être faite à la théorie des épignathes rudimentaires, c'est leur disposition topographique : la plupart des épignathes décrits et authentiques prennent naissance sur la voûte palatine, or les tumeurs de Goschler, de Schuchardt, d'Arnold et

la sienne siègeaient toutes dans le pharynx. Mais l'on peut répondre qu'un grand nombre d'épignathes vrais ont été observés, ayant leur point d'origine dans le naso-pharynx, et que, dans le cas authentique de Clérault, l'insertion se faisait nettement sur la voûte palatinè.

D'ailleurs, conclut R. Otto, si l'opinion de Schuchardt ne s'appuie pas sur des preuves certaines, les raisons invoquées contre elle par Arnold ne sont pas suffisantes pour la faire rejeter.

Nous en aurons fini avec les théories de l'Ecole allemande quand nous aurons dit que Lambl tient ces polypes pour des dermoïdes, en se basant sur l'existence de formes analogues dans la conjonctive.

En France, E. Retterer, commentant le cas d'Arnold s'exprime ainsi dans la *Revue des sciences médicales* :

« En admettant, avec la plupart des embryologistes, que la voûte palatine et le voile du palais dérivent de l'invagination ectodermique ayant constitué la cavité buccale, et que c'est à ce niveau que se fait la jonction de ces portions ectodermiques (cavités nasale et buccale) avec l'intestin antérieur, on conçoit aisément la formation de ces polypes aux dépens de l'ectoderme. L'endroit où s'unissent l'ectoderme et l'entoderme semble prédisposer à certaines malformations telles que ces polypes.

« Les transformations des fentes branchiales joueraient peut-être un certain rôle dans la genèse de ces tumeurs. »

Lannelongue et Achard (*Traité des Cystes congénitaux*) les considèrent comme le résultat d'un trouble de développement, aussi bien que quelques-unes des formes compliquées qu'on attribue généralement aux épignathes et que les épaisissements congénitaux du revêtement épithélial qui s'observent au milieu du palais.

Pour Taruffi (de Bologne), il s'agirait également de tératomes endo-buccaux (*Endoprosopus amorphus Taruffi*).

Quant aux théories des auteurs anglais, elles se ressentent de l'influence darwiniste. C'est ainsi qu'Abraham décrit ces tumeurs comme « une sorte d'atavisme des tissus ».

Hale White est plus explicite et plus affirmatif :

« Au point de vue embryologique, dit-il, il faut considérer que l'épiblaste, dans son involution buccale, atteint jusqu'à la partie postérieure du pharynx. De fait, on trouve chez le lapin quatre touffes de poils à la partie postérieure de cette involution épiblastique, deux de chaque côté des joues, une à la jonction de la face interne de la joue avec la base du crâne, l'autre à la jonction de cette face interne de la joue avec le plancher de la bouche.

« Dans notre cas, la tumeur est probablement l'homologue d'une ou plusieurs de ces touffes de poils. Nous aurions donc ici, à mon avis, un exemple d'atavisme, cet enfant montrant une tendance à ressembler à ses ancêtres rongeurs. »

Malgré son originalité et son pittoresque cette hypothèse ne saurait, croyons-nous, faire oublier l'argumentation solide et raisonnée de la théorie de Schuchardt.

Relativement enfin à la tumeur congénitale non villeuse en cause dans l'observation de Legroux, l'auteur s'exprime ainsi :

« Cette tumeur est un exemple d'hétérotopie foetale à forme de kyste dermoïde, et non d'inclusion foetale. D'après la classification de M. Lebert, on devra la ranger dans les kystes dermoïdes profonds, non ovariens, qui se rencontrent dans le foie, les épiploons, l'utérus, la vessie, la cavité orbitaire et beaucoup plus rarement dans le pharynx et sur le voile du palais. »

*
* *

Les polypes de l'amygdale s'observent généralement à l'âge moyen de la vie, entre 20 et 45 ans. Trois fois seulement ils existaient chez des sujets âgés de moins de 20 ans : ceux de Morgan, Rivière et P. Koch n'avaient en effet que 13, 16 et 19 ans.

L'influence du sexe est ici plus admissible et plus marquée que pour les polypes congénitaux. Sur 15 malades, on compte seulement 5 femmes. Cette fréquence relative des polypes de l'amygdale chez l'homme doit être imputée vraisemblablement aux conditions plus favorables qu'il présente à leur déve-

loppement, de par son genre de vie et ses habitudes (tabac, alcool, hygiène défectueuse, etc....).

Dans la plupart des observations, le point de départ de leur production semble être le même : presque toujours on trouve, dans l'état actuel ou dans les antécédents du sujet, un état inflammatoire aigu ou chronique de l'arrière-gorge; le polype s'est développé chez un individu prédisposé aux angines, aux maux de gorge, aux coryzas, récidivant avec plus ou moins de facilité et laissant après eux un état d'irritation habituelle.

Quelle que soit la structure intime du polype, lymphoïde ou fibreuse, le mécanisme suivant lequel intervient cet élément inflammatoire est le même : il s'agit d'une suractivité nutritive des éléments anatomiques anormalement excités.

A l'égard des polypes lymphadéniques, Frœhlich et Frühwald supposent qu'à la suite de gonflements inflammatoires répétés, un petit fragment de l'amygdale s'isole du reste de la glande : un groupe de follicules s'hypertrophie, s'allonge, rattaché seulement à la glande par un pédicule de tissu folliculaire épaissi et le polype est constitué. Une particularité du cas de Ruault confirmerait, à notre avis, cette manière de voir : l'observation dit en effet que le pédicule s'implantait manifestement au fond d'une crypte. Cette évolution pathogénique a du reste son analogue dans ce qui s'observe à la surface de l'intestin psorentérique : à la suite de certaines diarrhées persistantes, les follicules isolés arrivent à former, de la même façon, de

petits polypes qui font saillie à la face libre de la muqueuse (Lejars).

Le mode de formation des polypes fibreux est un peu différent : l'inflammation est toujours le phénomène initial, mais la réaction ne se fait plus aux dépens du parenchyme amygdalien, elle intéresse les autres éléments de la glande. Dans le cas de Bourdon, d'après l'examen fait au laboratoire de Ranvier, « la néoformation avait son siège dans la tunique adventice des vaisseaux ». Dans celui de Masse, ainsi qu'il résulte de l'examen de Coyne, l'hyperplasie portait « sur le chorion muqueux de l'amygdale ».

Quel est le phénomène intime qui préside à cette espèce de sélection opérée par le processus hyperplasique à l'égard des éléments de la glande ? Nous posons la question sans la résoudre.

Quoi qu'il en soit, il résulte de cet exposé que toutes les lésions inflammatoires ou simplement irritatives peuvent être invoquées comme facteurs étiologiques des polypes de l'amygdale.

Les maladies générales aiguës (rougeole, scarlatine, etc...), les diathèses (scrofule, tuberculose, arthritisme, etc...), exerçant une action morbide élective sur le pharynx, sont capables de provoquer, à titre secondaire, l'apparition des polypes. Cette influence est nettement caractérisée en ce qui concerne les malades de P. Koch, de Rivière et de Delavan.

Le rôle de l'élément inflammatoire, en tant qu'agent purement local, ne suffit point d'autre part à expliquer la coexistence, en même temps qu'un polype de l'amygdale, des tumeurs isolées ou multiples, siégeant

en des points éloignés non envahis par le processus phlegmasique. Doit-on conclure, dans ces cas, que l'on observe la tumeur accessoire à une époque où ce dernier a pu se résoudre en ce point, ou bien faut-il admettre une disposition spéciale de l'organisme à créer des tumeurs, telle que l'entendait Verneuil sous la désignation de *Diathèse néoplasique*? Jusqu'à plus ample informé, rien n'oblige à rejeter cette hypothèse, d'ailleurs vraisemblable et admise comme légitime dans un cas particulier que nous allons exposer.

Nous voulons parler des polypes de l'amygdale développés pendant la grossesse. Un fait de ce genre a été communiqué à la Société de médecine de Bordeaux par M. Lefour. Cet auteur, ainsi que M. Arnozan, cite également un certain nombre d'autres tumeurs (épulis) observées chez des femmes enceintes. Il croit qu'elles sont sous la dépendance d'un mouvement hyperplasique intimement lié à l'état gravidique. Ce fait est d'ailleurs admis par M. Tarnier; d'après lui le mouvement hyperplasique s'accentue jusqu'au septième mois. M. Arnozan a vu une de ces tumeurs rétrocéder spontanément à partir de ce terme, au point d'avoir disparu complètement après la délivrance.

*
* *

Il nous reste peu de chose à dire maintenant des polypes papillomateux. Comme pour les précédents, leur cause première est loin d'être connue et nous de-

vons nous borner à constater les conditions dans lesquelles ils se développent.

On ne les rencontre pas chez les enfants : ils sont très fréquents chez l'adulte (Garel) surtout de 20 à 40 ans, cependant Lloyd en cite un cas chez un vieillard de 70 ans. Ils sont rares chez la femme.

Comme causes prédisposantes, ils sont soumis exactement aux mêmes influences que les polypes de l'amygdale ; les états inflammatoires aigus ou chroniques du pharynx jouent un rôle évident dans leur production mais n'en seraient point, d'après Courtade, l'agent unique. D'après lui, une angine ne saurait pas plus produire, à elle seule, le papillome, qu'un écoulement vaginal n'est capable de faire naître de toutes pièces des végétations vulvaires. S'il en était autrement, en effet, les cas de papillome seraient beaucoup plus fréquents encore. D'autre part, les papillomes sont souvent multiples (Courtade, Lefferts) et répartis quelquefois en des points éloignés les uns des autres, peut-être ce fait est-il le résultat de la diathèse hyperplasique dont nous avons parlé plus haut.

Les autres maladies constitutionnelles ont certainement une part dans la genèse de ces petites tumeurs : outre la tuberculose et l'arthritisme, on trouve parfois la syphilis dans les antécédents du malade (Nepveu, Laborie). Un malade d'Homolle, porteur de papillomes multiples de la gorge et du larynx, était à la fois tuberculeux et syphilitique. Il est probable que la diathèse n'intervient pas, dans ces cas, comme agent spécifique mais seulement en entretenant l'état con-

gestif de la muqueuse, c'est-à-dire au même titre que les affections simplement locales.

Nous rapprocherons de la remarque faite par M. Lannois, à propos des polypes de l'amygdale, une particularité analogue relevée chez un malade de Courtade, qui était à la fois névropathe et dyspeptique. M. Garel, d'autre part, nous a dit avoir observé fréquemment la même coïncidence.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Après la description qui vient d'être faite des polypes du pharynx buccal, le diagnostic entre les diverses variétés ne saurait donner lieu à aucune confusion. La surface nettement cutanée, villeuse ou glabre, des polypes congénitaux, le volume et l'origine accessible de ceux de l'amygdale, la petitesse et le siège également apparent des papillomes, sont des caractères assez tranchés pour dissiper les doutes qui pourraient s'élever sur la nature d'un polype du pharynx buccal.

Au premier abord, il est parfois difficile de se prononcer sur le siège précis de ces tumeurs et de déterminer exactement leur point d'insertion. L'on ne devra pas s'exposer à prendre pour un polype du pharynx buccal une tumeur des fosses nasales ou de leur arrière-cavité faisant saillie dans la portion buccale.

Cette méprise sera évitée sans trop de difficultés si l'on prend la précaution, la tumeur étant attirée dans la bouche, de suivre son pédicule, avec le doigt ou de toute autre façon, en remontant jusqu'à son insertion.

L'examen au miroir et la rhinoscopie postérieure, si elles sont applicables, fourniront aussi sur ce point d'utiles renseignements.

Quelque hésitation pourrait surgir au sujet des tumeurs développées sur l'amygdale elle-même. C'est ainsi que les fongosités de cette glande peuvent en imposer en certains cas pour un polype, toutefois leur surface granuleuse, bourgeonnante et rouge foncé, leur absence de pédicule, la dépendance qu'elles affectent avec l'angine suppurée suffiront à les faire reconnaître.

La plupart des tumeurs malignes développées dans le pharynx buccal, le cancer principalement, étant susceptibles de se pédiculiser peuvent simuler mieux encore un polype. M. Lejars en cite plusieurs exemples dans son travail, et, dans le *Lyon Médical* du 8 mars 1891, un fait de ce genre est rapporté par Lagoutte. On devra, dans ce cas, s'enquérir des antécédents et de l'état général du sujet, chercher en d'autres points s'il n'existe pas quelque indice et examiner minutieusement la tumeur elle-même et la région avoisinante. Dans le cas de Lagoutte, il existait sur la paroi postérieure du pharynx, au voisinage de la tumeur, des ulcérations. Ajoutons enfin que le pédicule des tumeurs cancéreuses est généralement court, large et mal dessiné.

Il arrive parfois que l'amygdale est envahie tout

entière par un néoplasme qui, conservant la forme générale de la glande, fait saillie dans l'isthme du gosier et donne l'illusion d'un polype qui n'existe pas en réalité (Curling).

Sur le voile du palais, sur son bord libre, la luette et les piliers, on rencontre quelquefois de petites tumeurs qui pourraient être prises pour des papillomes. Clarence Ellermann en cite deux cas,

Dans le premier, il s'agit d'une tumeur allongée, de 3 cent. 1/2 de longueur, située sur le côté droit de la luette chez un jeune homme de vingt ans. La tumeur examinée au microscope présentait la structure du tissu amygdalien. L'auteur la considère comme une amygdale supplémentaire.

La seconde tumeur fut observée chez une fille de 28 ans. Elle s'insérait sur le voile du palais et déterminait dans la bouche toute espèce de sensations désagréables et une salivation très abondante. Ablation, au galvano-cautère. Le microscope démontra qu'il s'agissait d'un angiome plexiforme.

Il semble difficile de se prononcer de prime abord sur des tumeurs de ce genre ; il sera bon de se rappeler cependant à propos de la seconde que les papillomes ne présentent pas de battements.

Nous n'avons pas à nous occuper ici du diagnostic des tumeurs non pédiculées du pharynx buccal. Rappelons seulement qu'il existe sur le voile une variété de papillome sessile et qu'en certains cas le papillome pédiculé peut simuler l'aspect d'une plaque muqueuse hypertrophique. Pour éviter cette erreur, on devra essayer de mobiliser la petite tumeur avec un stylet.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic des polypes du pharynx buccal, pris en général, est d'ordinaire peu grave.

Toutefois, les accès de suffocation ne sont pas sans faire courir quelques dangers au malade, surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant, et qu'ils se produisent pendant le sommeil. Bien que nous n'ayons trouvé nulle part d'exemples d'une issue fatale attribuable à cette cause, il faut néanmoins ne pas perdre de vue leur possibilité éventuelle et la prévenir sans retard par une opération.

On supprimera du même coup l'obstacle que ces tumeurs apportent à l'allaitement et à la déglutition et qui fatalement exerce une fâcheuse influence sur le développement ou sur l'état général des sujets.

Les risques sont évidemment proportionnés au volume de la tumeur et à l'âge des porteurs, cependant

on a vu des papillomes relativement petits produire des spasmes laryngés (Courtade) et des accidents nerveux chez les individus très impressionnables. Cette dernière complication est du reste rare.

L'opération elle-même est bénigne, et l'on n'a jamais observé de récurrence, même après plusieurs années. Le fait mentionné par Goschler a été sans aucun doute mal interprété, et la récurrence dont il parle représentait très probablement soit une tumeur accessoire passée tout d'abord inaperçue, soit un reste du pédicule incomplètement enlevé.

A l'égard des papillomes, il n'est pas rare, d'après M. Garel, d'observer chez le même individu plusieurs de ces petites tumeurs développées successivement en des points plus ou moins rapprochés du siège primitif, et à des intervalles de temps variables.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Les diverses tumeurs qui ont fait l'objet de notre étude sont toutes justiciables d'un mode unique de traitement : l'ablation par excision du pédicule.

Le procédé opératoire le plus simple et le plus expéditif est en même temps le meilleur : sectionner le pédicule le plus près possible avec le minimum d'hémorragie, tel est le résultat idéal que l'on doit se proposer. La plupart des observations nous montrent que cette dernière est peu à redouter, étant donnée la faible vascularisation du pédicule. Quelle est donc la méthode qui satisfait le mieux à la première condition ?

La torsion du pédicule ne vaut rien (Goschler, Masse); le serre-nœud, d'après l'expérience de MM. Lannois, Otto et Lejars, ne paraît pas donner de meilleurs ré-

sultats. Son application est aussi pénible pour le patient que malaisée pour l'opérateur : l'anse métallique glisse sur le pédicule qui résiste presque toujours et l'on est exposé à sectionner trop bas ; d'autre part, le contact de l'instrument et sa manœuvre provoquent des réflexes gênants.

L'anse ou le couteau galvaniques (Garel, Rivière, Arnold, Ruault) sont assurément des procédés commodes et élégants, ils ont l'avantage de prévenir toute hémorragie par la formation d'une escharre, mais ils ne sont pas à la portée de tous les praticiens.

Une pince à griffes et des ciseaux courbes se trouvent, au contraire, dans toutes les troussees et permettent d'opérer avec toutes les garanties désirables, au point de vue de la rapidité et de la précision. Aussi, est-ce le procédé adopté par la majorité des opérateurs dont nous citons les observations, celui auquel plusieurs ont dû recourir après l'échec de la torsion ou du serre-nœud. Il n'a d'ailleurs jamais donné lieu à aucun accident.

Le manuel à suivre est très simple : le malade maintenant sa langue au dehors avec la main recouverte d'un linge, le chirurgien saisit le corps de la tumeur avec une pince à griffes suffisamment longue (pince de Museux), au moyen de laquelle il exerce une légère traction sur le pédicule et il sectionne ce dernier avec les ciseaux, le plus près possible de son insertion.

La fixation de la tumeur avec les pinces n'est point une précaution à négliger : elle rend impossible la chute du polype dans les voies respiratoires. Les polypes n'étant pas sensibles à la pression, l'opération s'accompagne d'une douleur insignifiante, qu'il est facile de

rendre nulle par un simple badigeonnage à la cocaïne pratiqué autour du pédicule à son insertion.

L'hémorragie se borne d'habitude à quelques gouttes de sang : un gargarisme astringent ou d'eau glacée suffit à l'arrêter. Un attouchement de la surface de section avec le nitrate d'argent ou, suivant la pratique de M. Garel, avec un pinceau légèrement imprégné d'une solution de cocaïne à 1/10 ou d'antipyrine à 1/5, donnent encore de meilleurs résultats.

S'il s'agit d'une tumeur un peu vasculaire ou d'un sujet hémophilique (Courtade), on applique une pince hémostatique sur le pédicule tout près de son insertion et l'on sectionne au-dessous ; on retire la pince après quelques minutes, et l'hémostase définitive est assurée.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS INÉDITES

L'observation de polype de l'amygdale, publiée en 1888, dans le *Lyon Médical*, par M. Lannois et que nous reproduisons plus loin, ne contenait qu'un examen histologique très résumé. Nous avons donné celui-ci avec plus de détails au chapitre de l'anatomie pathologique.

OBSERVATION I

Papillome du pilier antérieur gauche.

(Obs. communiquée par M. LANNOIS.)

M. B..., jardinier, 28 ans, a parfois des maux de gorge, mais peu fréquents, se traduisant seulement par un peu de douleur à

la déglutition. Pas de maladies antérieures. Parents bien portants.

Depuis un mois, a mal à la gorge et la voix est un peu prise ; tousse un peu depuis cette époque. Amygdales très grosses.

On trouve sur le pilier antérieur gauche, à sa partie supérieure, un petit polype d'aspect framboisé, gros comme un noyau de cerise. Ablation facile avec les ciseaux. Très légère hémorragie qui s'arrête de suite.

(V. l'examen microscopique au chapitre de l'anatomie pathologique.)

OBSERVATION II

Polype du pilier antérieur gauche.

(Obs. communiquée par M. le docteur GAREL.)

Ce polype fut enlevé chez un adulte qui présentait de la laryngite chronique et de la pharyngite granuleuse.

La tumeur fut examinée par M. le docteur Lemoine.

Du volume d'un gros grain de blé, elle est dure et semble pédiculée. On voit, en effet, formant ce pédicule, une quantité assez considérable de vaisseaux dilatés et remplis de sang, au milieu d'un tissu fibreux dense. Les parois des vaisseaux sont bien conservées. Il n'existe pas de lacs sanguins ou de sang diffusé au milieu des tissus. Tout autour de ce pédicule se branchent des papilles puis les festons d'un corps de Malpighi excessivement développé, puis enfin à la surface une couche kératinisée.

OBSERVATION III

Papillome de l'amygdale droite.

(Obs. communiquée par M. le docteur GAREL.)

Ce papillome fut enlevé le 10 juillet 1888, chez un adulte. Le malade présentait depuis plus d'un an une sensation de gravier dans la gorge et de la gêne du côté droit, qui l'obligeaient à cracher fréquemment. Des concrétions jaunâtres provenant de l'amygdale étaient rejetées parfois avec les crachats. Il existait en outre de la douleur dans le côté correspondant du cou.

Le papillome était fixé par un très court pédicule sur la face interne de l'amygdale droite dont il se détachait très nettement. Deux points jaunâtres kystiques existaient au-dessous de lui, à la partie inférieure de l'amygdale.

Il fut enlevé à l'anse galvanique sans hémorragie et les deux points kystiques furent cautérisés avec une pointe rouge.

Conservée dans l'alcool, la tumeur est ovoïde, un peu allongée; elle a l'aspect d'une petite houppe hérissée de papilles dont les plus longues atteignent à peu près 1 millim.; sa couleur est blanc mat. Elle mesure environ 1 cent., suivant son grand axe, 5 à 6 millim. de largeur et 4 millim. d'épaisseur. Le pédicule s'insérait sur une de ses faces.

L'examen microscopique a été fait par M. le docteur Lemoine.

A la coupe, on voit un pédicule constitué par des vaisseaux artériels qui se divisent en branches secondaires. Celles-ci vont se rendre dans des amas de cellules épithéliales disposées d'une façon analogue à celles du corps de Malpighi. On voit en outre, vers la partie profonde, un assez grand nombre d'amas épithéliaux dont les éléments présentent encore un noyau allongé très bien coloré par le carmin et sont disposés en bulbe d'oignon.

Il n'y a pas d'éléments embryonnaires ni de globes cornés kératinisés.

OBSERVATION IV

Polype de la partie latérale droite du pharynx.

(Obs. communiquée par M. le Docteur GAREL.)

M^{me} D..., en traitement pour une chorée du larynx.

La maladie a débuté depuis dix-huit mois. On aperçoit par hasard, à l'examen de la gorge, une petite tumeur rouge qui pend derrière le voile du palais comme un battant de cloche. La tumeur a l'air d'être située en avant de la trompe. Elle est enlevée à l'anse froide avec torsion sans une goutte de sang.

A l'examen rhinoscopique postérieur on aperçoit peut-être quelques saillies plus en dedans de l'orifice nasal postérieur.

Après l'opération, une amélioration se produit, mais après quatre ans la toux persiste et les coryzas sont fréquents.

Aux poumons, râles sibilants, emphysème. Rien au cœur. Etouffements nerveux.

La tumeur, conservée dans l'alcool, ressemble exactement, comme couleur et comme dimension, à un gros pépin de mandarine.

A l'examen fait par le docteur Lemoine, elle présente exactement l'aspect du tissu lymphoïde de l'amygdale.

On y constate, en effet, un riche réseau vasculaire et un tissu constitué par des cellules lymphoïdes et présentant l'ébauche de quelques follicules clos. Par places existent des vides limités par du tissu conjonctif et remplis de cellules lymphatiques, cellules petites à gros noyau.

En somme, on a affaire ici à un néoplasme riche en vaisseaux et analogue aux polypes dits lympho-angiomateux de Lejars.

OBSERVATION V

Polype de l'amygdale gauche.

(Obs. communiquée par M. le Docteur GAREL.)

B..., étudiant en droit, 25 ans, sujet aux amygdalites, se plaint de bourdonnements d'oreille du côté gauche et de gêne respiratoire pendant la nuit. Le pharynx est tapissé de quelques mucosités et fréquemment le malade rejette des sécrétions amygdaliennes. L'examen rhinoscopique révèle un coryza hypertrophique intense avec développement énorme de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs nécessitant la résection partielle de ceux-ci.

Le polype de l'amygdale est lui-même enlevé à l'anse galvanique sans hémorragie.

Conservé pendant quatre mois dans l'alcool, il se présente sous la forme d'une tumeur de couleur blanc mat, allongée et aplatie qui rappelle le volume et l'aspect d'une petite fève. Il mesure à peu près 1 cent. de longueur, 6 à 7 millim. dans sa plus grande largeur et 2 à 3 millim. d'épaisseur. Son extrémité libre est plus grosse et plus étalée que celle où s'insère le pédicule. La section de ce dernier se reconnaît à une petite tâche rougeâtre un peu ovale, d'environ 1 millimètre.

La surface de la tumeur est creusée en quelques points de légers méplats et présente trois ou quatre points hémorragiques.

L'examen microscopique, fait par M. le docteur Lemoine au laboratoire de M. le professeur Tripier, a démontré qu'il s'agissait d'un papillome corné.

On ne trouve, à la coupe de cette tumeur, ni vaisseaux, ni tissu conjonctif, ni cellules épithéliales. Elle est uniquement constituée par un tissu amorphe légèrement strié, disposé en une série de cônes cornés dont la base se joint à une masse également cornée qui, à un moment donné, a dû être un pédicule fibro-vasculaire. Dans une préparation, en effet, on voit encore un vestige de vaisseau.

OBSERVATION VI

Tumeur pédiculée de l'amygdale gauche.

(Obs. communiquée par M. le Docteur GAREL.)

Ce polype provient d'un malade vu à la consultation de M. Garel, à l'hôpital de la Croix-Rousse, en juin 1888.

L'observation n'a pu être retrouvée, mais la tumeur que nous avons eue entre les mains présentait le volume d'un gros noyau de cerise. Toutefois son état de détérioration n'a pas permis d'en faire l'examen histologique.

OBSERVATION VII

Polypes de l'amygdale.

(Note communiquée par M. le docteur GOUGUENHEIM.)

M. le docteur Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière, à qui nous avons demandé communication d'un cas inédit cité dans les *Annales des maladies de l'oreille*, n'ayant pu retrouver cette observation, a bien voulu nous donner les renseignements suivants :

Je me souviens, dit-il, de deux observations chez de jeunes sujets : dans l'un de ces faits, la tumeur était assez volumineuse ; dans un autre, il s'agissait d'une tumeur plus petite. J'ai excisé la première avec une paire de ciseaux, après l'avoir prise avec une pince. Quant à l'autre, je l'ai extraite avec un serre-nœud nasal.

J'en ai vu plusieurs autres faits.

A l'examen histologique, j'ai trouvé, dans un cas, du tissu fibreux.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS PUBLIÉES

Ce chapitre comprend les observations que nous avons recueillies en parcourant la littérature médicale.

Elles sont classées d'après la division que nous avons suivie jusqu'ici et par ordre chronologique.

Plusieurs d'entre elles, que leur longueur ne nous permettait pas de reproduire en entier, ont été résumées.

1^o Polypes congénitaux.

I. — FORD (1815) (J. Arnold, *Virchow's Archiv.* Bd. CXI, p. 176, 1888). — L'observation la plus ancienne, d'après J. Arnold. Il est question d'une tumeur observée dans le pharynx d'un nouveau-né, « analogue à la substance de la glande thyroïde et complètement recouverte de poils ».

II. — ADELMANN (1842) (Arnold, *loc. cit.*). — Cas analogue. Pas de renseignements précis sur le revêtement de la tumeur qui, d'après une figure, paraît recouverte de peau.

III. — LAMBL (1860) (Arnold, *loc. cit.*). — Enfant de 6 mois; quatre semaines après la naissance, on observa une tumeur dont l'extrémité libre s'avancait jusqu'à la pointe de la langue; la partie postérieure se perdait dans la profondeur de la gorge sans qu'on pût découvrir son point d'origine. La tumeur s'étant détachée spontanément fut avalée et retrouvée, les jours suivants, dans les selles. La masse était formée de tissus adipeux, conjonctif et vasculaire. Sa membrane d'enveloppe présentait un épiderme avec stratum malpighien ainsi que des poils et des follicules sébacés.

IV. — GOSCHLER (de Prague) (*Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1865, p. 344 et *Arch. f. Klin. chir.*, 1867, vol. 8, p. 478).

Enfant de 10 jours; tumeur du pharynx, grosse comme une noisette, de consistance assez dure, de couleur gris-blanchâtre, devenait visible dès qu'elle était projetée par un effort de vomissement. Recouvrant l'entrée du larynx et gênant la respiration, elle touchait le bord libre du voile du palais et la luette, pouvait se déplacer à droite et à gauche, mais devait aussitôt être repoussée dans la gorge pour que la respiration reprit son jeu. Czermak constata que la tumeur descendait d'arrière et d'en haut en avant et en bas, du côté gauche.

Deux tentatives faites pour l'enlever avec des pinces restèrent sans résultat. Six mois plus tard, l'enfant ayant présenté des accès de suffocation pendant son sommeil, la tumeur fut enlevée au moyen des ciseaux de Cooper, après l'échec de la torsion avec les pinces de Museux. Elle avait 6 lignes de long, 3 de large, une égale épaisseur et la forme d'un haricot. La surface de section, placée à la partie postérieure et supérieure du polype

avait une dimension de 3 lignes. Le sang s'arrêta par une application d'eau glacée.

La membrane d'enveloppe de la tumeur est sèche, ferme, analogue à de la peau et recouverte de poils épais, blond-foncés, de 1 ligne 1/2 de longueur.

A l'examen microscopique fait par Breisky, la peau de la tumeur se montre formée d'un épithélium pavimenteux, sous lequel on trouve une couche stratifiée de cellules cylindriques dans laquelle s'implantent des glandes sébacées et des bulbes pileux; on n'a pas trouvé de corps papillaire.

Douze jours après l'opération, une récurrence de nouvelle formation ou une seconde tumeur fut observée à la même place, mais quatre fois plus petite : cette dernière n'occasionnait aucun malaise.

V. — CLÉRAULT. — Tumeur congénitale de la voûte palatine. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 380, 1874.)

Nouveau-né. Père atteint d'une tumeur blanche du genou. Mère âgée de 28 ans, rachitique, contrefaite, bassin rétréci. Accouchement laborieux, forceps.

L'enfant naît asphyxié. Après les manœuvres usitées en pareil cas, il commence à respirer mais avec difficulté, sans doute à cause de la présence dans la bouche d'une tumeur prise au premier abord pour la langue dont elle avait la couleur et la consistance. Elle était cependant plus épaisse et son extrémité antérieure faisait saillie entre les lèvres qu'elle écartait. Elle adhérait à la partie moyenne de la voûte palatine par un pédicule oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

Le voile du palais est divisé dans sa partie postérieure et sur la ligne médiane mais la division n'arrive pas jusqu'au pédicule de la tumeur. Au niveau du pédicule existe une sorte de gouttière due sans doute à un arrêt de développement de la voûte palatine, il n'y a pas de communication avec les fosses nasales, ni trace de division de l'os incisif ou des lèvres.

La langue adhère au plancher buccal et les deux lèvres à la

muqueuse gingivale. À part ces difformités, l'enfant est bien constitué.

L'enfant ne pouvait ni têter ni boire; ablation immédiate, section du pédicule sans hémorragie, mobilisation de la langue et des lèvres, dissection au bistouri. L'enfant prend bien le sein.

La tumeur est bilobée dans sa partie inférieure, rosée, couverte de poils soyeux plus développés sur le lobe gauche; elle est aplatie d'avant en arrière, ayant environ 1 cent. 5 d'épaisseur, 6 cent. de largeur et autant de hauteur; le pédicule a la même épaisseur et entre au moins pour 1 cent. dans la hauteur. Elle est molle dans toute son étendue; sur le côté droit du pédicule, on voit un appendice charnu de la grosseur d'une plume d'oie et d'une longueur de 2 cent. environ; il est recouvert d'une muqueuse analogue à la muqueuse buccale dont il a la couleur.

Sur une coupe faite transversalement suivant le grand diamètre, on constate que la tumeur est constituée par un tissu cellulaire contenant de la graisse en abondance. Au centre du pédicule, on aperçoit un gros faisceau fibreux, rougeâtre, dont les fibres se dissocient et s'en vont en divergeant vers toute la périphérie de la tumeur jusqu'où on peut les suivre sous forme de stries très fines. À la surface on voit la section d'une membrane, tout à fait analogue à la peau, mais beaucoup plus mince; au centre on aperçoit un gros vaisseau.

À l'examen histologique, l'enveloppe présente tous les caractères de la peau; épiderme assez mince; la couche de Malpighi existe à peine; absence complète de papilles vasculaires ou nerveuses. Au-dessous se trouvent de petits poils avec des glandes sébacées volumineuses qui leur sont annexées. Le derme est formé de faisceaux fibreux assez épais, entrecroisés dans tous les sens. La masse de la tumeur est formée d'un tissu cellulo-adipeux, absolument semblables au tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire qu'il est composé comme lui de lobules adipeux circonscrits par des travées fibreuses. Le faisceau fibreux central qui s'épanouit en stries divergentes vers la périphérie est formé de faisceaux de fibres musculaires striées. Sur des coupes parallèles à ces fibres, on reconnaît que les faisceaux sont peu

distincts les uns des autres et ne sont pas séparés par une enveloppe conjonctive (périnysium) bien nette. Les fibres elles-mêmes sont volumineuses et pourvues de stries caractéristiques; sur des coupes transversales, la diffusion des faisceaux s'accuse encore davantage. On peut suivre les fibres musculaires jusqu'au voisinage du derme où on les perd complètement. Le petit appendice charnu est absolument semblable à un polype fibromuqueux : son centre est formé de tissu conjonctif lâche, et, à la surface, existe une muqueuse semblable à la muqueuse buccale. Il renferme en outre de nombreux vaisseaux.

VI.— ABRAHAM et BARTON. — On a anomalous growth bearing pilose skin in the pharynx of a young woman. (*Journ. of. anat.* XV, 1880).

Barton trouva chez une servante de 22 ans, qui, outre des troubles de la déglutition, se plaignait d'une sensation de douleur et de tension dans l'oreille et la tête, une tumeur paraissant fixée à la muqueuse du pharynx. La malade raconta que cette tumeur, à sa connaissance, avait toujours existé, mais sans se traduire jusque-là par aucun symptôme.

A l'examen microscopique fait par Abraham, on trouva, au centre de la tumeur, un gros noyau de fibres cartilagineuses, des travées de fibres musculaires striées, des vaisseaux sanguins et de la graisse qui formait la masse de la tumeur. La peau présentait des poils, des follicules sébacés et des glandes sudoripares.

VII. — HALE WHITE. — Dermoid tumour probably growing from soft palate or base of skull. (*Brit. med. journ.*, 1881).

Chez un enfant de trois ans, bien portant, qui présentait des troubles de la déglutition (surtout des aliments solides) et de la respiration (ronflements), White enleva une tumeur qui vraisemblablement s'insérait sur le voile du palais par une large base, et se dirigeait vers le pharynx.

Sur une coupe, on trouva à la périphérie une couche de cartilage élastique s'enfonçant verticalement dans toute la tumeur, et entourée elle-même d'une couche de fibres conjonctives accompagnant des vaisseaux. La masse de la tumeur était formée de tissu adipeux. L'enveloppe cutanée présentait des poils, des follicules sébacés et des glandes sudoripares.

VIII. — RUSHTON PARKER, au sujet de la communication de H. White, dit avoir vu une tumeur de ce genre récemment enlevée du pharynx d'un enfant par Bickersteth.

IX. — K. SCHUCHARDT. Ein behaarter Rachenpolyp (parasitäre Doppelmissbildung). (*Centralbl. f. Klin. chirurg.*, p. 613, n° 41, 1884.)

Un enfant de 5 mois, Olga S..., d'Eisdorf, bien conformée, présentait, depuis sa naissance, un polype qui se montrait de temps en temps à l'ouverture de la bouche; le plus souvent il était avalé et fréquemment donnait lieu à des accès de dyspnée très violents.

Ce polype, allongé en forme de poire, s'insérait par un très mince pédicule, long de 4 centimètre environ, sur la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx, un peu à gauche de la ligne médiane. Il fut, en consultation avec Volkmann, attiré en avant et sectionné à sa base avec des ciseaux. Il s'écoula très peu de sang.

La tumeur extirpée était munie d'un pédicule, long d'un centimètre environ, recouvert d'une muqueuse rouge pâle et glabre, nettement différenciée de la surface du polype lui-même.

Ce dernier était revêtu d'une peau ordinaire pourvue de poils follets très fins et très nombreux, de follicules sébacés et de glandes sudoripares. A peu près à l'union du pédicule avec la tumeur, se trouve un petit noyau latéral, gros comme un grain de chènevis, extrêmement dur, un peu blanchâtre, à surface

irrégulièrement taillée à facettes. Le reste de la tumeur est complètement mou comme un lipome.

Sur une coupe longitudinale, on voit, notamment vers le sommet du polype, une couche de graisse caractéristique qui en constitue la masse. Ce fait est confirmé par l'examen microscopique.

La tumeur est parcourue, suivant son axe longitudinal, par une tige formée de fibres musculaires striées, élargie au voisinage du pédicule et qui va s'amincissant vers la pointe.

X. — JUL. ARNOLD (d'Heidelberg). — Ueber behaarte Polypen der Rachen-Mundhöhle und deren Stellung zu den Teratomen. *Virchow's Archiv.*, Bd. CXI, p. 176, 1888). — Schütz, de Mannheim, enleva chez une jeune fille de 13 ans une tumeur congénitale qui avait plusieurs fois, pendant les premières années de la vie, occasionné des accès de suffocation. Grossé comme un œuf de pigeon, elle dépassait la luette de 1 cent. du côté gauche. Son pédicule s'insérait sur la moitié gauche de la face postérieure du voile du palais, un peu à gauche de la ligne médiane. Ablation à l'anse galvanique avec à peine quelques gouttes de sang.

Le polype est en forme de massue, piriforme; sa longueur est de 1 cent. 6, son plus petit diamètre de 8 millim. A sa surface est une enveloppe cutanée creusée de dépressions en fossettes et pourvue de poils follets inégalement répartis.

Sur une section, la tumeur se montre composée principalement de tissu adipeux parcouru par de nombreuses cloisons de tissu conjonctif disposé en réticulum. Du pédicule naît une lame cartilagineuse longue de 1 cent. 9, large de 0 cent. 9 et épaisse de 0 cent. 2, qui se dirige vers l'extrémité libre, sans atteindre celle-ci complètement.

A l'examen microscopique, la peau apparaît formée d'un épiderme, d'une couche de Malpighi de structure normale et d'un chorion. Ce qui distingue ce dernier, c'est qu'il est constitué par de petits faisceaux conjonctifs assez denses, entrecroisés en diverses directions, et qu'il est parcouru par de nombreux

vaisseaux pourvus d'un endothélium très net et d'une gaine riche en cellules. Poils très peu colorés et épais; bulbes pileux et follicules sébacés; pas de glandes sudoripares. Les couches les plus internes du chorion se confondent assez intimement avec la masse de la tumeur qui est formée de tissu adipeux disposé en pelotons séparés les uns des autres par des bandes de fibres conjonctives et élastiques. Ce tissu adipeux présente encore des vaisseaux dont quelques-uns ont la structure des artères; dans leur voisinage se trouvent des fibres nerveuses à cellules myéliniques et amyéliniques. Il contient, en outre, des fibres musculaires striées. La bande cartilagineuse est complètement entourée d'une couche de tissu conjonctif ayant le caractère d'un périchondre.

XI. — RICHARD OTTO (de Dorpat). — Ueber einen congenitalen behaarten Rachenpolypen (*Virchow's arch.*, Bd. CXV, p. 242, 1889).

Une enfant du sexe féminin, née dans un état d'adynamie manifeste, présentait de la gêne respiratoire et une agitation insolite. On découvrit dans l'arrière-gorge une tumeur du volume d'une noisette, dont la teinte blanchâtre tranchait sur la zone d'hyperhémie ambiante. Cette tumeur, qui s'insérait par un pédicule d'environ 3 millim. sur la moitié gauche de la face postérieure du voile, fut extirpée le jour même de la naissance avec les ciseaux de Cooper. L'enfant se rétablit.

Le néoplasme présentait une couche superficielle de même aspect que la peau; il était recouvert de cheveux blonds disposés en brosse et qui mesuraient jusqu'à 2 millim. 5 de longueur. Pédicule long de 2 à 3 millim., consistance cartilagineuse. La couche superficielle du néoplasme avait tous les caractères histologiques de la peau. La couche sous-jacente logeait des productions glandulaires en forme d'acini. La portion centrale de la tumeur était formée en majeure partie par de la graisse que traversaient des brides conjonctives. Ce noyau contenait de plus de la substance cartilagineuse hyaline, sous forme d'une lamelle de 1 à

2 millim. d'épaisseur qui occupait la zone intermédiaire de la tumeur (entre la couche cutanée et la graisse). Pas de dépôts calcaires, pas de particules de tissu en voie d'ossification, pas de fibres musculaires.

XII. — A. PETRONE (de Catane). — *Gazzetta degli ospitali*, 3 mars 1889 ou *Revue de Laryngol.*, p. 31, 1890).

Enfant de six mois chez qui, dès la naissance, l'action de teter produisait de la toux et des vomissements. Avec la croissance les troubles augmentèrent; à l'examen de la bouche, on découvrit une tumeur de deux centimètres, fixée à la paroi postéro-supérieure du pharynx, attenant probablement à la trompe d'Eustache. Ovoïde, grosse comme une noisette, elle était couverte d'une peau blanche garnie de duvet.

L'examen microscopique confirma la nature du revêtement, constitué par de la peau avec tous ses éléments constitutifs, à caractères jeunes, précisément comme la peau d'un fœtus à terme.

La masse principale de la tumeur était constituée par du tissu adipeux avec stroma fibreux, en quelques points cartilagineux.

XIII. — J. RONCALLI. Tumore congenito del pilastro anteriore palatino. (*Il Sordomuto*, Janvier 1892).

Il s'agit d'une petite fille de 4 jours, robuste et bien constituée, qui, au dire de ses parents, ne pouvait pas bien teter parce qu'elle avait un morceau de chair dans la gorge. On y découvre en effet une petite tumeur, de la forme d'une grosse fève, attachée par un pédicule au tiers supérieur du bord du pilier antérieur droit. Le pédicule est inséré sur une des faces de la tumeur et suffisamment long pour que, dans les cris de l'enfant, celle-ci puisse décrire une assez longue excursion. Elle est de couleur rose pâle, de consistance molle.

La tumeur, une fois enlevée, a tout à fait l'apparence d'une

oreille d'adulte. Elle paraît constituée par une peau normale couverte de poils follets et enveloppant une petite masse de tissus conjonctif et adipeux. Cette peau présente une couche cornée, un réticulum de Malpighi; le derme est absolument dépourvu de toute papille et le bord, entre la dernière couche du réticulum malpighien et les faisceaux conjonctifs du derme, est rectiligne. Le stratum réticulé du derme est un peu plus élevé qu'à l'état normal. Poils nombreux auxquels sont annexées des glandes sébacées; aucune glande sudoripare. Sous la peau on trouve un amas de graisse réticulée sans caractère particulier.

Je me crois autorisé dans le diagnostic de « Lobule supplémentaire ectopique. »

Dans le numéro suivant de *Il Sordomuto*, M. le prof. Gradenigo donne les renseignements complémentaires suivants :

Le tératome endobuccal observé par M. Roncalli a été examiné après avoir été conservé plusieurs mois dans l'alcool. Il présente les dimensions suivantes : hauteur, 20 millim. ; largeur y compris le pédicule, 13 millim. : épaisseur, 10 millim.

Cette petite tumeur, de la forme d'une fève, présente au hile un court pédicule. Pas de cartilage. Dans le pédicule, on trouve des fibres musculaires striées appartenant évidemment aux muscles pharyngés.

Le prof. Tarruffi, de Bologne, interrogé sur la signification de cette tumeur, a eu l'obligeance de me fournir la note suivante :

« Les exemples de tératome endobuccal (*Endoprosopus amorphus Tarruffi*) ne sont pas rares car j'ai eu la possibilité d'en recueillir dans la littérature médicale trente sept cas. (Tarruffi. — *Teratologia*, vol. IV. p. 245). Les cas de ce genre, dans lesquels il n'y a rien de spécifique en dehors de la couche cutanée, sont assez rares : on ne connaît que le cas de Clérault. Ce cas est encore remarquable par la petitesse des dimensions de la tumeur. »

XIV. — LEGROUX. — Hétérotopie fœtale à forme de kyste dermoïde. — (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 10, 1867.)

Un enfant nouveau-né présente, pendant les deux premiers jours qui suivent sa naissance, une gêne très grande de la respiration et une teinte asphyxique très prononcée. En recherchant les causes de ces accidents, on découvre sur le pilier antérieur droit du voile du palais une tumeur obstruant en partie l'isthme du gosier. Cette tumeur sphérique a le volume d'une petite pomme d'api et adhère au pilier par un pédicule assez large. L'extirpation est faite aussitôt par M. A. Richard.

L'examen de cette pièce permet de reconnaître qu'elle est constituée en grande partie par de la graisse contenue dans les mailles d'une trame fibreuse. Au milieu de ces pelotons adipeux, on sent des noyaux d'induration formés par de petites masses cartilagineuses, dont quelques-unes présentent des points d'ossification. Au microscope, on reconnaît parfaitement les éléments du cartilage fœtal et les corpuscules osseux dans les points ossifiés. Au centre de la tumeur existe une cavité, un kyste, renfermant un liquide filant, visqueux, incolore et inodore. La capacité de ce kyste est celle d'une forte noisette; il est tapissé par une membrane, revêtue d'épiderme avec un léger duvet, et ressemblant en tous points à la peau d'un nouveau-né. On y trouve des glandes sébacées, des glandes sudoripares, du tissu élastique et du tissu lamineux. Des vaisseaux en petit nombre parcourent l'épaisseur de la tumeur. On n'y trouve pas de nerfs. Il faut très vraisemblablement rapporter à la sécrétion des glandes le liquide contenu dans le kyste.

Cette pièce est remarquable par son siège rare et cependant très important à connaître à cause des indications d'urgence qu'il fournit. En effet, l'asphyxie était imminente, et si l'ablation n'eût pas été faite immédiatement, la vie de l'enfant était menacée.

2° Polypes de l'amygdale.

I. — DUCHAUSSOY. Tumeur fibro-plastique de l'amygdale. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 150, 1853.)

Tumeur dure, bosselée, du volume d'une noix, adhérente au pilier antérieur du voile du palais du côté gauche. Depuis deux ans, le malade était sourd d'un côté, avalait avec difficulté et éprouvait des douleurs lancinantes. M. Roux avait diagnostiqué un cancer de l'amygdale et se disposait à l'enlever lorsque le malade est mort. On trouva en outre quelques petites tumeurs isolées sur l'épiglotte et une petite tumeur dure à l'orifice de la trompe d'Eustache.

Cette tumeur examinée par M. Leudet était formée de tissu fibro-plastique.

II. — JULIA. — Polype de l'amygdale. — (*Gazette des Hôp.*, 1863, n° 46.)

Polype du volume d'une très grosse noix, dont le pédicule, d'un travers de doigt et demi de longueur et de la grosseur d'une plume d'oie, était fixé à la partie interne de l'amygdale gauche.

Le malade, militaire, ne se plaignait que de mal de gorge ; il n'avait ni accès de suffocation, ni gêne de la respiration. Ce polype, habituellement fixé derrière l'isthme du gosier dont il oblitérait à peu près complètement l'orifice, était projeté dans la bouche au moment de la toux et des fortes expirations et paraissait ne gêner en rien la prononciation. Il fut coupé à sa base avec des ciseaux : il était de nature fibreuse.

III. — BOURDON. — Fibrome de l'amygdale. — (*Bull. Soc. anat.* — Juin 1872, p. 317.) Homme de 41 ans. Tumeur de

l'amygdale droite datant de cinq ans, grosse comme un petit œuf de poule, à grand diamètre vertical, plongeant dans le pharynx jusqu'à la base de l'épiglotte, allant en haut jusqu'au bord postérieur de la voûte palatine. Elle obstrue presque complètement l'isthme du gosier et ne laisse entre elle et l'amygdale gauche qu'un petit espace de 1 à 2 cent. qui s'élargit dans les mouvements de déglutition pendant lesquels la tumeur remonte.

Les troubles consistent en ronflements et accès de suffocation nocturnes; voix nasillarde.

La tumeur, à surface lisse et régulière, est élastique, dure, mais paraît fluctuante en certains points; de plus elle est immobile, mais on peut la soulever un peu avec le doigt qu'il est possible d'insinuer derrière elle. Enlevée par Verneuil et examinée à l'œil nu, elle était enveloppée dans une coque fibreuse, ayant la dureté et la couleur de l'albuginée du testicule, et présentait quelques bosselures correspondant pour la plupart à de petits kystes uniloculaires ou multiloculaires. A la coupe, elle semble formée de deux portions: l'une centrale, qui paraît constituée par du tissu amygdalien et contient un grand nombre de kystes; l'autre périphérique, de couleur jaunâtre, très dure et d'aspect fibreux. C'est le tissu central qui formait le pédicule et tenait à la fosse amygdalienne.

Au microscope (examen fait par Thaon, au laboratoire de Ranvier), on constate que la tumeur est constituée par du tissu fibreux à différents degrés de développement. Dans ce stroma on remarquait des cavités remplies de matière muqueuse et des vaisseaux ayant donné lieu à quelques hémorragies. La néoformation fibreuse paraît avoir son point de départ dans la tunique adventice des vaisseaux. L'amygdale elle-même avait en partie subi la transformation fibreuse.

IV. — FRUHWALD. — Polype lymphadénique de l'amygdale. (*Wiener medicin. Wochensch.* 1879).

Homme de 43 ans, fréquents maux de gorge, coryzas répétés et sécheresse permanente de la bouche.

Il y a dix ans, au cours d'une angine, excroissance sur l'amygdale droite. Depuis lors, quand il se couche ou qu'il se tourne sur le côté gauche, il sent aussitôt un chatouillement dans la gorge, qui cesse par le changement de position. Depuis un an, il survient la nuit, à part le ronflement, des phénomènes de suffocation.

A l'examen, double hypertrophie amygdalienne, plus accusée à droite. A l'extrémité supérieure de l'amygdale droite, s'implante un polype, recouvert en partie par le pilier antérieur, et du volume à peu près d'une amande (2 cent. de long sur 1 cent. de large), rattaché à la glande par un pédicule de 4 milim. de large sur 6 milim. de long. Quand la tête s'inclinait à gauche ou se renversait fortement en arrière, le polype se montrait tout entier, et venait pendre au milieu de la gorge, ballotté par la respiration. Section du pédicule et ablation.

A l'examen histologique, caractères de l'hypertrophie amygdalienne ordinaire : follicules hypertrophiés, à limites mal dessinées par places ; tissu intra-folliculaire épaissi, et dilatation des vaisseaux correspondants. Les papilles de la surface rappelaient les papilles fongiformes de la langue. Pas de glandes.

V. — FRÆHLICH. — Polype lymphadénique de l'amygdale et papilloma du pilier antérieur.

(Ueber Tonsillarpolypen und geschwülste des weichen Gaumens. — Diss. Gottingen, 1880.)

Homme de 40 ans, ouvrier, santé toujours excellente. — Depuis plusieurs années, difficulté de la déglutition. De temps en temps, il aurait craché le sang, mais jamais n'a eu de toux persistante ni d'autres troubles respiratoires. Pas d'altération de la voix.

A l'examen de la gorge, la muqueuse, sur toute l'étendue du voile du palais et du gosier, est rouge et gonflée ; les amygdales sont toutes deux assez grosses. Sur celle de droite existe une tumeur arrondie, du volume d'un pois, rattachée par un pédicule fort net, mais court et mince, à la partie médiane de la glande.

Cette petite tumeur polypeuse, de consistance molle et médullaire, mobile, indolore, de même couleur que l'amygdale et la muqueuse ambiante, est finement mamelonnée à sa surface comme en chou-fleur.

Près du milieu du pilier antérieur droit, un peu au-dessus de son bord libre, s'implante une seconde tumeur, plus longuement pédiculée, qui descend parallèlement à la luette, mais présente une forme ovale. Pour le reste elle ressemble entièrement au polype amygdalien.

A l'examen laryngoscopique et rhinoscopique rien de spécial.

On porta pour les deux polypes le diagnostic de papillomes. Gargarismes au tannin, puis ablation des deux petites tumeurs ; traction avec un crochet, et section du pédicule avec les ciseaux. La petite plaie fut touchée à la pierre infernale ; hémorragie très minime ; guérison complète.

A l'examen *histologique*, le polype du voile du palais offrit les caractères d'un papillome de la muqueuse : stroma conjonctif très vasculaire, papilles, épithélium pavimenteux en couche fort épaisse.

Le polype amygdalien présentait une couche superficielle d'épithélium pavimenteux stratifié ; mais au-dessous d'elle, on ne trouva ni papilles ni aucun autre reste de la muqueuse ; la masse de la tumeur est composée de follicules saillants à la surface et qui semblent doublés ou triplés de volume.

Les follicules ne sont séparés les uns des autres que par une mince couche conjonctive, peu vasculaire : c'est ce tissu intermédiaire qui s'épaissit et devient fasciculé dans l'épaisseur du court pédicule, en s'entourant du tissu de la muqueuse et d'une couche épithéliale. Les follicules eux-mêmes sont entièrement identiques à ceux que l'on trouve dans l'amygdale hypertrophiée : même réseau un peu épaissi de tissu conjonctif réticulaire contenant dans ses mailles de nombreuses cellules lymphatiques. Mais, de tissu glandulaire, au sens propre du mot, en d'autres termes, des lacunes et des cryptes, autour desquelles, dans l'amygdale, se groupent les follicules, il n'y avait ici nulle trace.

En somme, nous n'avions pas affaire à une hypertrophie amygdalienne proprement dite, mais la petite tumeur devait être considérée comme une néoformation circonscrite de tissu adénoïde (réticulaire, cytogène), et décrite sous le nom de *polype lymphadénique*.

V. DELAVAN. — Fibrome pédiculé de l'amygdale. (*N. Y. Méd. Record* — T. XXI, p. 296, 1882.)

Homme de 33 ans, au 3^e degré de la phtisie.

Le malade ignorait la présence de cette tumeur que l'on découvrit en examinant la gorge pour voir s'il y avait des ulcérations tuberculeuses.

La tumeur, située sur la surface de l'amygdale gauche à environ $\frac{3}{8}$ de pouce au-dessous de la limite supérieure, était attachée par un pédicule distinct; sa surface était lisse, d'une couleur légèrement rosée, et offrait un contraste manifeste avec la surface environnante. Au voisinage de la tumeur il y avait de la congestion et les cryptes amygdaliennes étaient remplies de l'excrétion jaune qui leur est spéciale.

La tumeur fut facilement enlevée avec un petit écraseur, sans hémorragie.

A l'examen microscopique, on la trouva couverte de la muqueuse buccale au-dessous de laquelle il y avait une abondante prolifération de jeunes cellules. La masse de la tumeur était constituée par du tissu fibreux renfermant de nombreux vaisseaux sanguins, surtout à la périphérie. C'était un fibrome.

Il n'avait donné lieu à aucun symptôme, probablement à cause d'un développement rapide. Si on l'avait laissé, il n'est pas douteux qu'il eût produit une irritation suffisante pour attirer l'attention.

VI. — MASSE. — Polype fibro-muqueux de l'amygdale gauche. — Ablation. — Guérison. (*Bull. Soc. de chirurgie*, 1885, n. s. XI, p. 927 (obs. résumée).

Le polype s'insérait sur l'amygdale gauche à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs; son pédicule était rétréci, pas plus gros qu'une plume d'oie, sa longueur était d'environ 3 cent.; il présentait sur son étendue trois renflements successifs du volume d'un grain de groseille.

Ce polype était mobile, il se portait tantôt en avant vers la pointe de la langue, quand le malade crachait avec force, tantôt en arrière vers l'épiglotte, dans les fortes respirations.

Envies fréquentes et irrésistibles de tousser et de cracher; enrouements subits de la voix disparaissant très vite. Le polype descendait jusqu'au voisinage de l'épiglotte et chatouillait sans cesse les replis aryéno-épiglottiques.

Appelé pour une angine légère, je fus très étonné d'apercevoir, à l'examen de la gorge, ce polype qui oscillait comme un battant de cloche. Mon malade me raconta qu'il était sujet à des indispositions de ce genre, mais il ne savait en aucune façon qu'il avait une tumeur quelconque dans la bouche.

Le polype était rouge et d'un tissu mou, en tout comparable pour la consistance, à la muqueuse pharyngienne; en l'explorant avec le doigt, on pouvait voir qu'il était résistant et bien implanté, il n'avait aucune tendance à saigner et à se déchirer.

J'essayai vainement de tordre le polype pour l'arracher, le pédicule était très résistant, quoique très étroit. Section avec des ciseaux-pinces à luerette.

L'examen microscopique a été fait dans le laboratoire de mon collègue et avec le professeur Coyne. La tumeur était bien un polype fibreux, et était recouverte d'une muqueuse dermo-papillaire, elle avait une charpente de tissu conjonctif avec un réseau assez abondant de vaisseaux; il y avait, au centre de la tumeur, une certaine quantité de graisse infiltrée dans les mailles du tissu conjonctif; mais nulle part on ne voyait de cavité kystique, rien qui pût rappeler le tissu propre de l'amygdale. La tumeur que j'avais sous les yeux n'était donc pas un fibrome proprement dit de l'amygdale; elle n'avait pas été formée par la charpente connective de cet organe; on ne pouvait attribuer son origine ni à la tunique adventive des vaisseaux ni au

tissu réticulé des follicules, ni aux glandes acineuses de la région. Le polype fibreux que j'ai observé était certainement dû à une hypertrophie, ou plutôt à une hyperplasie du chorion muqueux de l'amygdale.

Il s'agissait d'une tumeur essentiellement bénigne, pour laquelle on n'avait pas à craindre de récurrence.

Peu de sang ; cicatrisation rapide. Le malade se porte admirablement.

VII. — LUBLINSKY. — Polyp der Tonsille. (*Monatsch. f. Ohrenheilk.* 1887, n° 10.)

Polype lymphadénique, appendu au segment inférieur de l'amygdale gauche, en forme de massue, de 3 cent. 2 de long sur 3 à 5 millim. d'épaisseur, reposant sur le dos de la langue.

Ablation aux ciseaux.

VIII. — LANNOIS. — Polype pédiculé de l'amygdale. (*Lyon Méd.*, 1888, p. 326.)

Homme de 25 à 30 ans, en traitement depuis quelques semaines pour des troubles dyspeptiques avec un peu de dilatation stomacale. Le malade accusait d'ailleurs un certain nombre d'autres phénomènes nerveux plus ou moins singuliers, sur lesquels je n'ai pas à insister, mais qui dénotaient sûrement un fond de neurasthénie assez marqué. Quelques jours après que j'eus pris le service, ce malade me dit qu'il avait dans la gorge quelque chose qui le gênait beaucoup et dont il n'avait encore osé parler à personne. Très pusillanime, il avait toujours craint qu'on ne lui proposât une opération pour le débarrasser.

Au premier examen on ne voyait rien d'anormal dans son pharynx, sauf un gonflement très notable de l'amygdale du côté droit. Les choses changeaient dès qu'il faisait un mouvement d'expulsion un peu fort : aussitôt en effet un corps arrondi et allongé, gros comme le pouce, sortait des profondeurs de son

pharynx et venait se placer sur la langue dont il occupait au moins la moitié de la longueur. Il n'était pas difficile de voir qu'il s'agissait là d'un gros polype relié au centre même de l'amygdale par un petit pédicule gros comme une plume d'oie et ayant environ 5 à 6 millim. de longueur. Au bout d'un instant, le polype entraîné par son point d'attache avait de la tendance à retourner du côté de l'arrière-gorge ; le malade faisait un ou deux mouvements de déglutition et le polype glissait entre la base de la langue et l'épiglotte où il disparaissait. Dans ce mouvement il se disposait transversalement et sa longueur était telle qu'il touchait les piliers du côté opposé et obstruait presque complètement l'isthme pharyngé.

On conçoit qu'une masse aussi volumineuse gênait considérablement les mouvements de la déglutition normale, et d'autre part il arrivait fréquemment au malade de faire des mouvements de déglutition répétés pour se débarrasser du corps étranger qui obstruait sa gorge. Il se plaignait aussi d'avoir très facilement des douleurs derrière la branche montante du maxillaire et dans l'articulation de la mâchoire et parfois aussi jusque dans l'oreille droite. Il ne savait pas depuis combien de temps il était porteur de ce polype, mais était sûr qu'il y avait au moins cinq à six ans et sans doute plus. Ce polype n'était d'ailleurs pas très sensible, car on pouvait le toucher avec une pince ou le serrer entre les doigts sans déterminer de douleur : sa consistance était très dure, ligneuse.

L'ablation fut facile : un coup de ciseaux trancha le pédicule, le polype ayant été préalablement fixé ; il n'y eut pas d'hémorragie et, au bout de quatre à cinq jours, la plaque blanchâtre qui s'était développée sur l'amygdale au niveau du point sectionné avait disparu. Je dois cependant noter que je fis une première tentative qui resta infructueuse : ayant sous la main un serre-nœud de Blake, j'en passai l'anse au niveau du pédicule, croyant que je n'aurais qu'à serrer fortement pour le sectionner. Il n'en fut rien, le pédicule étant lui-même fibreux et résistant, et je crois que j'aurais plutôt arraché l'amygdale de son alvéole que sectionné le lien qui l'unissait au polype. Il est évident que dans

un cas semblable, il faut se contenter de fixer le polype avec une pince à dents et sectionner le pédicule avec des ciseaux.

Le polype enlevé avait environ 2 cent. $1/2$ de long et au moins 1 cent. de diamètre. Il avait une forme ovale allongée et était légèrement aplati dans le sens antéro-postérieur. Sa couleur était uniformément d'un blanc rosé, sauf sur sa partie postérieure au niveau du point aplati où l'on voyait des veinules disposées sous forme d'étoile. Sa consistance était très ferme.

(V. l'examen microscopique au chap. de l'anatomie pathologique.)

IX. — P. Koch (de Luxembourg). — Polype amygdalien. (*Annales des mal. de l'or.*, 1888, p. 541.)

Il s'agit d'une forte fille de 19 ans, l'aînée de six frères et sœurs qui se portent bien; elle eut la rougeole à l'âge de 12 ans et la scarlatine, sans aucune autre complication; pas d'autre maladie. Il n'existe aucune maladie dyscrasique ni du côté du père ni de celui de la mère. La malade ne peut pas fixer la date du début de son affection; il y a environ trois ans qu'elle sentait, pendant les mouvements de déglutition, la présence d'un petit corps étranger, sans qu'elle y attachât une grande importance. Il ne causait aucune douleur. La sensation de corps étranger dans le pharynx augmenta peu à peu, et la malade pouvait, à volonté, avaler la tumeur ou la projeter sur le dos de la langue jusque dans la partie antérieure de la bouche. Ce n'est qu'après un accès de suffocation très sérieux que la malade se décida à réclamer les secours du médecin.

Quand, après un mouvement de déglutition, on examinait la malade, la bouche étant largement ouverte, on ne remarquait rien d'anormal; ce n'est qu'après un mouvement d'expectoration sans toux que l'on voyait projetée dans la cavité buccale une tumeur pédiculée s'implantant à la partie inférieure de l'amygdale gauche; ce polype était d'une couleur normale, de consistance dure, plus ou moins cylindrique, d'une longueur de 4 cent. et d'une épaisseur de 1 cent. $1/2$; le pédicule, long de 1 cent. $1/2$

à peu près, n'avait pas de pulsations. Un simple coup de ciseaux suffisait pour l'extirpation, et la malade fut guérie après quelques jours.

L'examen microscopique, pratiqué par le docteur Baldauff et moi, fit reconnaître un vrai fibrome émanant du tissu sous-muqueux de l'amygdale gauche. La tumeur, selon les lois générales de développement, s'est développée vers la cavité pharyngienne; par l'action de son propre poids et surtout par la traction qui s'opérait à chaque déglutition, la tumeur prit la forme pédiculée.

X. XI. — JACOBI (de Magdebourg) et HEYMANN (de Berlin), citent chacun un cas semblable.

Le polype de Jacobi était grêle et filiforme, celui de Heymann était un peu plus gros que celui de Koch.

XII. — A. RIVIÈRE. — Un cas de polype pédiculé de l'amygdale. (*Annales des mal. de l'or*, 1889, p. 795.)

Louis B..., 16 ans, tôlier. Père et mère tuberculeux et scrofuleux (rhinites, adénopathies, etc...) et peu développé pour son âge; il signale, depuis l'âge de 8 ans, des douleurs lancinantes avec un écoulement purulent par le conduit auditif externe. L'acuité auditive semble diminuée à droite.

Le malade entre dans le service de M. Garel, pour se faire extirper une tumeur mobile dans sa cavité buccale. Il ne s'est aperçu de sa présence, à la gêne qu'il en ressentait, que depuis un an seulement; mais sa mère, dit-il, l'avait vue bien auparavant. Ce n'est que depuis un an, en effet, que la respiration nasale est devenue pénible (le malade en était réduit à la respiration buccale par suite de sa rhinite); depuis cette époque également, l'expiration est plus difficile; mais il n'y a ni gêne de la déglutition, ni sialorrhée. Le malade a, en outre, et presque continuellement, une sensation de gêne et de picotement dans la gorge.

A l'examen de la cavité buccale, on aperçoit en arrière du

pilier antérieur droit du voile du palais, et s'y insérant, un pédicule effilé qui, lorsque le malade a fait un effort de toux spécial, se renfle en une massue d'une longueur de 4 à 5 cent. et vient faire irruption dans la cavité buccale.

Cette tumeur, qui a une forme de datte, vient alors *recouvrir* la face dorsale de la langue et représente absolument une langue supplémentaire. Elle a, en effet, une coloration rosée, un aspect lisse et humide ; le malade peut la faire rentrer sans effort par un mouvement de déglutition, et elle se place alors entre la base de la langue et l'épiglotte, ou la faire ressortir par un raclement spécial. Sa position normale est la première.

Cette tumeur est assez molle, n'a pas une dureté fibreuse ; elle est insensible et l'on n'y perçoit pas de battements.

Le malade ne présente pas d'hypertrophie amygdalienne.

Rien d'anormal à l'auscultation du cœur ni des poumons. La tumeur est excisée sans pincés à l'anse galvanique. Pas trace d'hémorragie ; longueur : 4 cent. 1/2 ; diamètre : 2 cent.

L'examen microscopique, fait par notre excellent collègue et ami Dor, montre que ce polype, quoique n'étant pas constitué exclusivement par des fibres conjonctives, doit rentrer dans la catégorie des fibromes. Le revêtement externe est formé par une couche d'épithélium pavimenteux, stratifié, du type malpighien, dont les cellules les plus externes, complètement kératinisées, se présentent sous forme d'une zone colorée en jaune par le picrocarmin ; les cellules plus profondes renferment de nombreuses granulations. Immédiatement au-dessous de la ligne d'implantation des cellules génératrices, se trouve un tissu constitué par du fibrome pur ; ce sont des faisceaux de fibres conjonctives enlacées.

Dans l'intérieur de la tumeur, il y a des points qui rappellent le myxome, et d'autres où les fibres élastiques prédominent : enfin, au centre, il existe une région où l'on rencontre de très nombreuses cellules embryonnaires au sein d'un tissu myxomateux. Partout cependant on rencontre des faisceaux de fibres conjonctives.

De nombreux vaisseaux sillonnent ce tissu ; il y a des artérioles

caractérisées par une paroi propre et d'abondants capillaires qui, par places, sont dilatés et forment de petits kystes sanguins. Indépendamment de ces kystes, il en existe d'autres qui renferment un liquide séreux et qui sont tapissés par une couche unique d'épithélium cylindrique.

Ainsi donc nous concluons en disant que ce polype est une tumeur bénigne du tissu conjonctif.

XIII. — MORGAN. — Papillome de l'amygdale. (*Brit. méd. Journ.* — 3 mars 1889.)

Jeune fille âgée de 13 ans qui, depuis 4 ans, souffrait de cette affection. La tumeur développée sur l'amygdale gauche a été enlevée deux fois. Elle atteignait tout au plus le volume d'un petit œuf.

XIV. — LEJARS. — Polype fibro-angiomateux de l'amygdale. (*Archives de médecine*, 1891, p. 644).

En novembre 1890, un charretier de 22 ans me consultait, pour une gêne spéciale qu'il ressentait, depuis plusieurs mois, au fond de la gorge et qui ne faisait que s'accroître. C'était une sorte de chatouillement, d'irritation continue, qui s'accusait davantage après les mouvements de déglutition, et qui provoquait de temps en temps des quintes de toux. A part ces légers accidents et encore le ronflement nocturne, la respiration restait intacte. A première vue, l'examen du pharynx ne révélait rien ; les amygdales étaient de volume à peu près normal, le voile fonctionnait bien, et la muqueuse, un peu rouge, semblait au reste, entièrement saine. Mais, à la moindre secousse de toux, à la moindre expuition, une sorte de corps arrondi, grisâtre, longuement pédiculé, était chassé du pharynx jusque sur le dos de la langue : il était rattaché à la face interne de l'amygdale gauche, près de son extrémité inférieure, et, vite, il retombait. C'était un polype : une fois découvert, il devenait facile d'en étudier les caractères et le mode d'implantation amygdalienne ;

Il n'avait pas cet aspect transparent, gélatineux, tremblotant

même, des polypes muqueux, de ceux du nez, par exemple ; il était plus gris, plus mat et, semblait-il, plus consistant ; il était gros comme une petite noix. Son pédicule avait bien deux centimètres de long et n'était guère plus épais qu'un fil à fouet. Il s'implantait bien nettement sur l'amygdale elle-même, et, à ce niveau, le pédicule se perdait, en s'étalant, dans le tissu amygdalien.

La présence de ce polype expliquait tout ; sa situation, le ballotement continu auquel il était soumis suffisaient à rendre compte de tous les accidents constatés. — Il fallait l'enlever. —

Je songeai d'abord au serre-nœud, ne sachant pas quel était le contenu vasculaire du pédicule et je me mis en devoir de placer le fil métallique, mais le pédicule était trop fin, et la petite tumeur trop mobile. Une longue pince à polypes la saisit alors, lui imprima une légère torsion, et un coup de ciseaux sectionna, tout près de l'amygdale, le pédicule tordu ; il coula à peine quelques gouttes de sang, le soulagement fut immédiat et le patient n'a pas été revu.

Examen histologique : Epithélium stratifié très épais et très régulier ; au-dessous, une série de papilles, la plupart coniques, de hauteur et de nombre variables suivant les points ; quelques-unes sont infiltrées de globules rouges et contiennent une sorte de petit hématome à leur partie centrale ; presque toutes sont claires ou ne sont parcourues que par un petit bouquet vasculaire. Le stroma de la petite tumeur est formé de tissu fibreux, en faisceaux enchevêtrés et semés de nombreuses cellules rondes ; sur ce tissu se détachent une série de cavités ou *lacunes* et des orifices vasculaires.

Ces lacunes ne sont pas non plus de répartition uniforme : elles semblent presque confluentes en certains points, et c'est un véritable tissu lacunaire, que l'on a sous les yeux ; ailleurs, elles restent plus espacées, moins larges aussi, et n'apparaissent que de loin en loin, sur le fond de la coupe, comme des orifices vasculaires très dilatés. Leur forme est très variable : arrondies, en général, quand elles sont encore de petit diamètre, elles s'allongent en s'élargissant, et revêtent une forme plus ou moins

irrégulièrement ovalaire. Quelques-unes ont une paroi unie et lisse et un contour très net; ailleurs ce contour est accidenté et des sortes de prolongements s'en détachent et saillent dans la cavité lacunaire, qu'ils segmentent presque comme un bissac, qu'ils rétrécissent et déforment: on dirait des espaces en voie de fusionnement.

Nombre de lacunes sont vides, d'autres contiennent à peine, en amas épars dans les anfractuosités de la paroi, un détritux granuleux qui laisse reconnaître encore des formes de globules sanguins; quelques cavités petites ou rudimentaires sont remplies de ce contenu sanguin.

Une mince couche réfringente recouvre la paroi interne des lacunes et en dessine la marge; souvent elle manque, au moins par places, et peut-être en faut-il accuser la préparation. Autour de cette paroi lamellaire, on trouve le stroma fibreux, au milieu duquel les lacunes sont creusées; dans leur voisinage, il est infiltré, en de nombreux points, de cellules embryonnaires, dont les amas font tache et se dessinent nettement sur l'aspect uniforme de la coupe.

Dans cette gangue fibro-conjonctive on distingue encore les vaisseaux; les artérioles ont presque toutes une paroi fort épaisse.

Enfin il est tels points, sur la coupe, où le tissu ne présente presque plus trace d'organisation; il est transparent, à peine strié, ne se colore plus, et il semble bien qu'il y ait là autant d'îlots de dégénérescence myxomateuse.

De tissu lymphoïde, on n'en trouve nulle part, et, dans la situation du polype, rien ne rappelle le tissu amygdalien.

En résumé, il s'agit là d'un polype fibro-vasculaire, où l'élément angiomateux se mêle pour une large part à l'élément conjonctif en régression myxomateuse par places.

XV. — LEBARS. — Polype lympho-angiomateux de l'amygdale. (*Archives de médecine*, 1891, p. 642.)

En mars 1891, une jeune femme de 24 ans nous consultait;

pour un double polype de l'amygdale gauche. Son histoire était assez courte. Elle avait eu cinq années auparavant, une série d'angines, et, depuis, elle avait conservé une prédisposition très marquée aux maux de gorge.

Sur l'amygdale gauche, on trouvait implantés deux polypes, rattachés tous deux par un court pédicule, et qui ressemblaient à deux pois accolés dans leur gousse; de fait ils étaient gros comme un pois, ovoïdes, d'un gris rougeâtre et de surface irrégulière. L'amygdale qui les supportait était un peu hypertrophiée : il y avait à la fois de la rhinite et de l'angine chronique.

L'extirpation des deux polypes fut un peu délicate, à cause de la sensibilité extrême de la malade et des efforts de vomissement que provoquait le moindre contact; pourtant, après un badigeonnage à la cocaïne, j'arrivai à saisir chacun d'eux avec une pince à dents fines et, d'un coup de ciseaux, je sectionnai le pédicule. Il n'y eût pas trace d'hémorragie.

Examen histologique. — (V. au chap. de l'anatomie pathologique.)

XVI. — HERMANN (de Lille) (V. Lejars, *loc. cit.*)

Polype de l'amygdale chez une jeune fille. Ce polype avait le volume d'une petite noix, il était assez longuement pédiculé et d'apparence muqueuse. Malheureusement, l'extirpation, que proposa M. Hermann, ne fut pas acceptée, et le médecin traitant crut bon de recourir aux cautérisations; aussi la petite tumeur perdit-elle tout caractère, et devint absolument impropre à un examen histologique.

XVII. — RUULT. (V. Lejars, *loc. cit.*)

« M^{me} B..., 44 ans, soignée pour pharyngite légère ancienne; perdue de vue pendant deux mois et demi. A son retour (sans qu'il y ait eu d'amygdalite, même légère) on constate l'existence d'une production polypeuse, faisant issue par une des cryptes de la partie supérieure de l'amygdale gauche, de la grosseur d'un

pois vert, un peu mamelonnée, de même coloration et de même aspect que le tissu amygdalien. Elle produisait une sensation de corps étranger, et la malade s'en inquiétait. Avec une pince, on faisait saillir la petite tumeur globuleuse, et l'on produisait un pédicule de 1 cent., élastique, dont l'origine paraissait assez profonde. Section au petit couteau galvanique, au rouge blanc ; pas une goutte de sang. La section avait porté sur le pédicule même, car une fois faite, on ne voyait plus que l'entrée de la crypte et pas trace de brûlure. Guérison complète. »

XVIII. — LEFOUR. — Polype fibreux de l'amygdale développé pendant la grossesse. — (*Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. norm. et pathol. de Bordeaux*, 1891, t. XII, p. 85.)

M^{me} G..., âgée de 29 ans, enceinte pour la deuxième fois.

C'est vers le milieu du mois d'octobre que M^{me} G... aurait constaté pour la première fois, au sommet de l'amygdale droite, un point jaunâtre ayant les dimensions d'un grain de millet, et qui, en moins de trois semaines, acquit le volume d'un grain de chènevis.

Le 11 novembre, l'exploration de l'arrière-gorge permit de voir, en effet, sur l'amygdale droite une petite saillie d'un blanc jaunâtre ressemblant, dans sa forme et ses dimensions, à un pépin de poire de moyenne grosseur. Le néoplasme était rattaché à l'amygdale par un pédicule extrêmement grêle. A la fin de décembre, son volume avait notablement augmenté.

Encisé le 2 mars, ce polype ressemble à une poire aplatie et mesure 2 cent. de longueur, y compris le pédicule, 6 à 7 millim. de largeur et 3 à 4 millim. d'épaisseur. M. le professeur Coyne, qui en a fait des coupes, a remis la note suivante :

« A la surface, couche épithéliale dont la partie la plus externe est constituée par des lamelles aplaties ; au-dessous, couche muqueuse constituée par des cellules cylindriques ou ovoïdes.

« Tout le reste du tissu néoplasique est formé par des faisceaux fibreux entrecroisés dans différents sens, très épaissis, et

formant un réticulum dont les travées sont beaucoup plus larges que les espaces qu'ils circonscrivent.

« De loin en loin, des vaisseaux remplis de sang dont la paroi conjonctive est très épaissie; au-dessous de l'endothélium, quelques éléments embryonnaires.

« Nulle part, on ne trouve des restes du tissu lymphoïde appartenant en propre à l'amygdale. En somme on est en présence d'un polype fibreux de l'amygdale. »

3° Papillomes du voile du palais, de la Luette et des Piliers.

I. — VERNEUIL. — Papillome du voile du palais. (*Soc. anat.* 2^e série, t. III, 1858.)

M. Verneuil présente une tumeur du voile du palais. Une jeune fille habituellement bien portante a été prise, il y a quatre ou cinq jours, de symptômes de la grippe qui règne actuellement sous forme épidémique à Paris. Après un peu de courbature et de fièvre, elle a eu une légère angine qui s'est promptement dissipée sous l'influence d'un vomitif, suivi de quelques légers narcotiques. Mais la toux qui avait accompagné les autres symptômes, et ne paraît pas avoir existé antérieurement, persiste avec une ténacité extrême, étant sèche, continue et présentant beaucoup des caractères de cette petite toux nerveuse si fréquente chez certaines femmes.

A l'examen de la gorge on ne voyait aucune rougeur, nulle trace d'inflammation, mais on apercevait une petite tumeur blanchâtre, allongée, piriforme, à grosse extrémité libre et à pédicule très grêle, ayant environ trois centimètres de long. Cette tumeur s'insérait par son pédicule sur le bord libre du voile du palais, immédiatement entre la luette et le pilier antérieur. Elle reposait par son extrémité libre, sur la base de la langue, non

loin de l'épiglotte, et y exerçait sans doute une titillation désagréable analogue à celle que produit la luette hypertrophiée. Ce doit donc être sa présence qui a déterminé la toux sèche dont il vient d'être parlé. Cette tumeur a été facilement enlevée. Elle présente tout à fait l'aspect d'une glande en grappe. Elle est composée d'une grande quantité d'éminences visibles à l'œil nu pour la plupart et qui ont un volume variable de $1/8$ à $1/3$ de millim. Elles sont régulièrement arrondies, hémisphériques et sessiles ou légèrement pédiculées, elles s'insèrent sur une partie centrale assez épaisse et qui fait suite au pédicule.

Celui-ci, long de plus de 15 millim., n'est point recouvert d'éminences comme la partie inférieure; il est mou, extensible, cylindrique, épais de 2 millim., plus étroit à sa partie moyenne qu'à son insertion inférieure et vers le point où il se continue avec la partie renflée.

La muqueuse qui le recouvre est assez colorée, cependant la section a fourni à peine deux ou trois gouttes de sang.

La partie renflée est plus pâle; on en détache facilement par le raclage quelques-unes des saillies précitées. L'examen microscopique révèle sans peine la structure de ces dernières; il s'agit de papilles très hypertrophiées.

Chaque petit lobule, visible à l'œil nu, est composé de 3 à 5 végétations secondaires d'une même papille, car elles ont un pédicule commun. Les divisions sont arrondies, cylindriques et paraissent composées de deux parties; l'une superficielle constituée par une couche épaisse d'épithélium pavimenteux stratifié.

On pourrait évaluer de 12 à 25 le nombre des couches superposées. Ces cellules sont épaisses, larges, polygonales, munies d'un noyau central petit, sans nucléole; elles adhèrent fortement les unes aux autres; elles ont tout à fait les caractères de l'épithélium normal de la bouche. Le centre de la papille est occupé par une substance transparente parsemée de fibres délicates, de tissu cellulaire qui se continue avec celui du centre de la tumeur. On y remarque surtout des capillaires très volumineux qui se terminent près de la couche épithéliale, formant des anses variqueuses très élégantes.

Le pédicule, recouvert par la muqueuse épaissie, renferme des vaisseaux et faisceaux du tissu cellulaire. On n'a trouvé ni nerfs, ni glandes.

En résumé, il s'agit d'une hypertrophie papillaire pédiculée.

II. — NEPVEU. — (*Bull. de la Soc. anat.*, 1875, résumée).

X..., étudiant en médecine. Bonne santé habituelle. — Père mort de tuberculose aiguë. Il y a deux ans, chancre infectant, amygdalites fréquentes; jamais de plaques muqueuses.

Il y a un an, on remarqua sur sa luette une excroissance, étendue de la base à la pointe de l'organe sur son côté droit, à couleur rosée, aspect mamelonné spécial. N'avait jamais donné lieu à aucun symptôme. Fut enlevée par Verneuil avec une pince et des ciseaux courbes; à peine quelques gouttes de sang.

La tumeur était parfaitement mobile sur les parties sous-jacentes. La couche épithéliale pavimenteuse qui revêt la luette est épaissie et montre des papilles qui ont trois ou quatre fois la largeur de cette couche; minces et grêles, elles se touchent cependant de façon à ce que par la pression réciproque leurs sommets réunis affectent la forme d'une mosaïque régulière; entre quelques-unes d'entre elles, on aperçoit des sphères épithéliales ou globes épidermiques assez nets. Le derme muqueux est complètement sain, peu vasculaire; on n'y voit aucune glande.

La tumeur est donc un papillome simple, les excroissances ne sont ni ramifiées ni dentritiques, elles sont simples.

III. — LABORIE. — (*Soc. anat.*, avril 1838.)

Excroissance de nature syphilitique implantée sur l'extrémité de la luette. Cette tumeur offre un pédicule de 5 à 6 lignes supportant une tumeur granulée en forme de chou-fleur du volume d'un petit pois.

Cette excroissance, qui était d'une rougeur très vive, donnait lieu à des accidents de suffocation; elle a été enlevée, et le malade a très bien guéri.

IV. — VIDAL. — (*Soc. anat.* 2^e série, t. III, 1858.)

Tumeur de la luette, ayant la plus grande ressemblance avec celle présentée par M. Verneuil, longue de 1 cent. $\frac{1}{2}$, insérée sur le bord gauche de l'organe, tout près de son extrémité.

Développée chez un homme de 38 ans ayant éprouvé depuis 18 mois de l'ardeur et de la sécheresse de la gorge, avec besoin fréquent de faire un mouvement de déglutition provoqué par un chatouillement désagréable.

Pas de toux sèche et quinteuse. — Disparition des accidents par ablation de la tumeur.

V. — GUENEAU DE MUSSY. — (*Traité de l'angine glanduleuse*).

La figure 3 représente une luette allongée et grenue terminée par une tumeur pédiculée en forme de chou-fleur.

Examinée par Robin : muqueuse très épaissie, à épithélium très développé, hypertrophie des papilles qui sont longues d' $\frac{1}{2}$ à 1 millim., épaisses d' $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ millim., bifurquées ou trifurquées à leur sommet comme le sont normalement les papilles du pharynx, rapprochées et un peu cohérentes.

Au-dessous de la muqueuse, hypertrophie des glandules et de la membrane muqueuse.

IV. — GERHARDT. — (*Arch. f. Klin. med.*, juillet, 1873.)

At..., âgée de 20 ans, eut en 1869, le hoquet pendant quelques jours avec sensation de corps étranger dans la gorge; elle perdit même la voix pendant une heure; cela se répétait chaque jour plus ou moins longtemps lorsque huit jours après elle devint complètement aphone.

Le médecin de la famille remarqua alors une tumeur qu'il regarda comme une luette accessoire. Ressemblant à un battant de cloche, cette tumeur avait la forme et la couleur des tumeurs du larynx constituées par des adénomes; elle avait environ un centimètre de long.

Je l'enlevai à l'aide de ciseaux et j'eus le plaisir d'entendre la voix revenir.

Bien que la nature de la tumeur ne soit pas signalée dans ce cas, il est très probable qu'il s'agit d'un papillome car, au commencement de l'article, l'auteur dit : « Les tumeurs polypeuses du pharynx ne sont pas bien rares, car j'en ai rencontré 10 dans ces dernières années. J'ai trouvé quatre fois des papillomes chez des jeunes personnes atteintes de catarrhe chronique. »

VII. — LLOYD. — (*The Lancet*, 28 mai 1884).

M. J..., âgé de 70 ans, robuste, me consulte il y a 6 mois pour un mal de gorge causé par un catarrhe; trois ou quatre jours après, attaque de rhumatisme mono-articulaire.

En examinant la gorge, je trouvai fixé au pilier antérieur droit, une tumeur grosse comme une fève, à surface de chou-fleur, de couleur pâle, recouverte d'une muqueuse semblable à celle de la bouche; elle était pédiculée, facilement mobile et était placée entre la base de la langue et le pharynx; elle n'était pas sensible à la pression. Le malade dit qu'il l'avait remarquée il y a près de 8 mois; il n'avait éprouvé du reste, ni douleur, ni gêne.

Je revis le malade en mars et je constatai que la tumeur était un peu plus grosse que cinq ou six mois auparavant. Elle était maintenant du volume d'une bille à jouer, mais elle n'avait point changé d'aspect.

Après l'avoir saisie avec des pincées, je la sectionnai avec des ciseaux courbes. L'opération fut à peine douloureuse, il y eut un peu de sang.

Deux ans après, il n'y avait pas de récurrence.

Examinée à l'œil nu, la tumeur avait l'aspect caractéristique du papillome; elle était molle, compressible, ramifiée et ressemblait beaucoup aux végétations ordinaires de la leucorrhée. Elle était composée de tissu conjonctif recouvert de papilles hypertrophiées, formées par une couche épaisse d'épithélium corné.

VIII. — DARTIGOLLÈS. — Polype muqueux de la luette. (*Mém. et Bull. de la Soc. de Méd. et de Chirurg. de Bordeaux* 1884, vol. 19, p. 181.)

(Obs. résumée.)

M^{lle} M..., âgée de 22 ans, d'une belle constitution, bien réglée.

Dans son enfance, elle a gardé jusqu'à l'apparition des règles, un coryza chronique qu'on attribuait à la présence d'un polype du nez. Les fosses nasales ne présentent, en ce moment, aucune trace de polype. Depuis le mois de mai 1881, maux de gorge très fréquents, se produisant au moindre refroidissement.

Il y a un an, à la suite de leur fréquence répétée et de leur intensité croissante, on a vu apparaître sur la luette un bouton blanchâtre, à peine visible d'abord, mais qui s'est insensiblement développé, résistant à tous les traitements.

Le 20 janvier de cette année (1884), les accidents du côté de la gorge ont éclaté avec plus d'acuité et d'opiniâtreté que de coutume : douleur de la gorge, qui ressemble davantage à la sensation d'un corps étranger qu'à une douleur vive et nette, siégeant en haut et en arrière et non sur le côté ; elle ne provoque pas de nausées, ni d'accès de toux franche, mais des efforts bruyants d'expuition fatigants et agaçants par leur répétition. Le sommeil est interrompu par la mobilité de la luette, plus volumineuse et plus lourde, qui retombe en arrière ou sur les côtés selon les inclinaisons de la tête. La salive, les aliments mous et liquides sont avalés sans difficulté ; au contraire le passage des aliments solides dans le pharynx est douloureux.

L'examen de la gorge n'offre aucun signe inflammatoire : les amygdales, le voile du palais, les parois pharyngiennes ne sont ni tuméfiés ni rouges. Cependant la luette est rouge, volumineuse et développée.

Elle porte près de son extrémité libre, une petite tumeur grosse comme une petite lentille, opaline, ressemblant à une grosse vésicule pleine de sérosité.

Ponction de la tumeur sans résultat. Section du pédicule court et très étroit qui la fixe à la luette, et cautérisation au nitrate d'argent, pour arrêter l'écoulement sanguin.

Les accidents de la gorge ont cessé aussitôt après l'ablation, et n'ont pas reparu depuis.

La tumeur enlevée est solide, d'un blanc grisâtre, longue de 3 millim. Elle présente de petites masses dures, serrées les unes contre les autres et rappelant l'aspect framboisé, bien visible à la loupe. A l'incision, vacuoles d'un gris blanc, dures, non vasculaires et sans liquide. Cette tumeur constitue vraisemblablement un polype muqueux.

IX. — LEFFERTS. — Papillome multiple du voile. — (*Rev. des Sc. méd.*, vol. 34, p. 714.)

Jeune fille de 16 ans. La tumeur s'est développée en huit mois; peu de gêne, pas de dysphagie; légère modification du timbre de la voix. Anesthésie à la cocaïne, ablation avec les ciseaux. Papillome multiple siégeant au milieu du voile, au dessus de la luette qui fut respectée.

X. — OTT (Tumeurs du voile du palais, *thèse de Paris*, 1880) cite un cas de papillome pédiculé de la luette, gros comme un petit pois, observé par le docteur Jullien (de Lyon) à la clinique du docteur Fauvel.

XI. — W. FOWLER. — Papilloma of uvula. — (*Brit. med. Journ.* 8 fébr. 1890.)

« Fowler a présenté une luette, entièrement recouverte par une tumeur papillomateuse. Celle-ci a été enlevée chez une jeune femme et n'avait donné lieu à aucun symptôme. Il fait remarquer que, quoique les papillomes ne soient pas rares, sous forme de petites tumeurs situées sur les côtés et à l'extrémité de la luette, celle qu'il présente était assez curieuse pour mériter l'attention, par ce fait que la totalité de la luette était remplacée par la tumeur papillomateuse. »

XII. — COURTADE. — I. — (*Thèse de Paris*, 1885-86, vol 4.)

M. X..., 20 ans, se présente à la consultation de Saint-Louis, pour se faire enlever « un morceau de chair » qui le gêne. On aperçoit dans l'angle formé par la luvette et le bord libre du voile du palais une tumeur de 1 cent. environ de diamètre et fixée dans ce point par un pédicule assez grêle dont la longueur atteint 7 à 8 millim. Le malade dit ne s'être aperçu de la présence de la tumeur buccale que depuis 3 ou 4 jours. Son attention a été attirée de ce côté par la gêne qu'il a éprouvée subitement, gêne occasionnée par la nécessité de faire fréquemment un mouvement de déglutition à cause du chatouillement qu'il ressentait à la base de la langue. Aucune douleur spontanée ou provoquée : la déglutition s'accomplit sans difficulté et la voix n'est point modifiée.

Ablation de la tumeur. Pas d'hémorragie.

XIII. — COURTADE. — II. — (*Id.*)

M..., 33 ans, employé, pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie antérieure. Coryzas fréquents avec trachéo-bronchite. Très excitable, névropathe. Il y a un an, dyspepsie. Le 3 octobre, douleur constrictive à la gorge, comparée par le malade à un étranglement. Fin octobre on constate sur l'arc du voile du palais, à 1 cent. environ de la luvette, une petite tumeur pédiculée qui est enlevée avec des ciseaux.

Cette tumeur, qui avait 10 millim. de long, sur 8 millim. de large, a la forme d'une lentille dont l'une des faces serait tombée. Son épaisseur, est d'environ 5 millim. La surface est rugueuse, hérissée de papilles comme la muqueuse linguale; ces papilles dont les unes sont presque hémisphériques, atteignent presque, chez quelques-unes, la longueur de 1 millim.

Après l'opération disparition rapide des mouvements incessants de déglutition et de la sécrétion nasale exagérée. Déglutition et voix normales. Seule une légère inflammation de la muqueuse persiste quelques jours.

XIV. — COURTADE. — III. — (*Id.*)

L..., cultivateur, pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures sérieuses, mais coryzas fréquents, surtout dans sa jeunesse. Depuis six ans, diminution progressive de l'acuité auditive.

Polype implanté un peu au-dessus de la base de la luette, sur le prolongement de l'angle de droite et à 3 ou 4 millim. en avant de lui, par un pédicule grêle de presque 1/2 cent. de long : la tumeur du volume d'une lentille ordinaire est un peu aplatie sur ses faces ; elle est hérissée, rugueuse comme les précédentes.

Le malade n'avait jamais éprouvé la moindre sensation du côté de la bouche. Inflammation chronique de la muqueuse naso-pharyngienne avec expectoration de crachats transparents et perlés le matin, depuis plusieurs années. Il existe probablement une inflammation ancienne de la trompe d'Eustache qui explique sa dysécée ; la membrane du tympan est un peu sclérosée surtout à droite et derrière le manche du marteau. — Du côté du larynx, rougeur anormale de l'épiglotte et des bandes ventriculaires ; cordes vocales saines.

XV. — COURTADE. — IV. — (*Id.*)

Chez un homme de 50 ans, porteur d'une production polypeuse d'une corde vocale inférieure, M. Poyet découvrit accessoirement deux autres polypes placés symétriquement de chaque côté de la luette et complètement accolés à celle-ci. — Ablation avec les ciseaux ; à peine quelques gouttes de sang.

Les tumeurs étaient cylindriques, longues de 10 à 12 millim. et épaisses d'environ 1 millim., ne présentaient pas de renflement à leur extrémité et n'étaient par conséquent point des papillomes pédiculés mais représentaient peut-être la première période de ceux-ci. Leur structure était semblable à celle des papillomes pédiculés.

XVI. — COURTADE. — V. — (*Id.*)

V. F..., 32 ans, typographe.

Toux fréquente depuis huit jours, cessant par le décubitus dorsal. Rougeur du pharynx avec quelques granulations disséminées sur la paroi postérieure au niveau de la portion buccale. Congestion de l'épiglotte. — Sur le pilier antérieur gauche, végétation rouge, arrondie sur ses bords et aplatie sur ses faces comme une lentille. — Pédicule assez large.

Ablation avec l'anse galvanique.

XVII. — COURTADE. — VI. — (*Id.*)

L... 40 ans, ancien officier, se plaint d'un mal de gorge qui dure depuis 5 à 6 mois, plus accentué depuis 3 ou 4 mois, respire difficilement par le nez ; le matin, bouche mauvaise, pâteuse, crache avec difficulté.

Tumeur ovalaire de 8 à 9 millim. de long sur 4 à 5 millim. de large, fixée par un pédicule très grêle de 5 à 6 millim. un peu à gauche de la pointe de la luette. Dilatation vasculaire et hypertrophie glandulaire de la muqueuse pharyngée. Hypertrophie des cornets inférieurs. Ablation sans douleur avec des ciseaux, après un badigeonnage avec une solution de cocaïne. Quelques gouttes de sang.

XVIII. — COURTADE. — VII. — (*Id.*)

M^{me} P..., 41 ans, il y a 20 ans, a craché le sang à plusieurs reprises ; depuis a continué à tousser sans pour cela cesser son travail.

Il y a un mois et demi : apparition d'une douleur aiguë dans la gorge, surtout pendant la déglutition. En même temps, écoulement nasal qui dura un ou deux jours et fut remplacé par de la sécheresse de cette muqueuse.

Il y a un mois, M. Poyet lui enleva un polype, papillomateux inséré à la base et sur la partie postéro-latérale

gauche de la luette. Ce polype, très volumineux, atteignait plus de 1 cent. pour la tumeur proprement dite.

L'hémorrhagie causée par la section du pédicule fut, paraît-il, assez abondante.

Il y a trois jours, nouvel examen de la malade, qui souffrait un peu de la narine. On constate sur la langue, un peu à droite de la ligne médiane, un petit polype qui venait irriter le bord libre de l'épiglotte et donnait à la malade la sensation d'un petit os arrêté dans la gorge. Ablation.

CONCLUSIONS

I. — Les polypes ou tumeurs bénignes pédiculées du pharynx buccal sont, à part les papillômes du voile, des affections rares.

II. — Ils appartiennent à quatre variétés :

1° LES POLYPES CONGÉNITAUX, a) *villex*, b) *kystiques*, observés en divers points du pharynx buccal autres que l'amygdale.

2° LES POLYPES LYMPHO-ANGIOMATEUX, siégeant principalement sur l'amygdale et rarement sur les parois du pharynx buccal.

3° LES POLYPES FIBRO-MYXO-ANGIOMATEUX, avec prédominance variable de l'un ou l'autre de ces éléments, développés de préférence sur l'amygdale et rarement sur les parois du pharynx buccal ou les piliers.

4° LES PAPILLOMES, très fréquents sur le voile, la luette et les piliers, très rares sur les parois et sur l'amygdale.

III. — La première variété est congénitale, les trois autres s'observent chez l'adulte.

IV. — Le pronostic de ces tumeurs est peu grave, sauf complications.

V. — Le meilleur mode de traitement est l'ablation.

VU BON A. IMPRIMER :

Le Président de la Thèse,

Le Doyen,

A. PONCET.

LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 23 février 1893.

Le Recteur,

EM. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- KARL SCHUCHARDT. — Ein behaarter Rachenpolyp (parasitäre Doppelmissbildung). (*Centralb. f. Klin. chir.*, n° 41, p. 613, 1884.)
- JULIUS ARNOLD. — Ueber behaarte Polypen der Rachen-Mundhöhle und deren Stellung zu den Teratomen. (*Virchow's archiv*, Bd. CXI, p. 176, 1888.)
- RICHARD OTTO. — Ueber einen congenitalen behaarten Rachenpolypen. (*Virchow's archiv*, Bd. CXV, p. 242, 1889.)
- FORD. — (Arnold, *loc. cit.*)
- ADELMANN. — (Arnold, *loc. cit.*)
- LAMBL. — (Arnold, *loc. cit.*)
- GOSCHLER. — *Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1865, S. 344. — *Arch. f. clin. chir.* 1867. vol. 8, p. 478. — Otto, (*loc. cit.*)
- CLÉRAULT. — Tumeur congénitale de la voûte palatine. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1874, p. 380.)
- ABRAHAM. — On a anomalous growth bearing pilose skin in the pharynx of a young woman. (*Journ. of. anat.*, XV, 1880.)
- H. WHITE. — Dermoid tumour probably growing from soft palate or base of skull. (*Transact. of the pathol. Soc. of London*. Vol. XXXII. — *Brit. med Journ.* 1881.)
- A. PETRONE. — Contribution à l'étude de la pathogénie des tumeurs dans un cas singulier de tératome avec un aspect de polype cutané du pharynx. (*Gazzetta degli ospitali*, 3 mars 1889. — *Rev. de laryngologie*, p. 31, 1890.)
- F. RONCALLI. — Tumore congenito del pilastro anteriore palatino. (*Il Sordomuto*, janv. 1892.)

GRADENIGO. — Tumore congenito del pilastro anteriore palatino. (*Il Sordomuto*, fév. 1892.)

LEGROUX. — Hétérotopie fœtale à forme de kyste dermoïde. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1867, p. 10.)

..

DUCHAUSSEY. — Tumeur fibro-plastique de l'amygdale. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1853, p. 150.)

JULIA. — Polype de l'amygdale. (*Gaz. des Hôp.*, 1863, n° 46.)

BOURDON. — Fibrome de l'amygdale. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juin 1872.)

FRÜHWALD. — Polype lymphadénique de l'amygdale. (*Wiener med. cin. Wochensch.* 1879.)

FRÉGLICH. — Ueber Tonsillarpolypen und Geschwülste des Weichen Gaumens. (*Diss. Göttingen*, 1880.)

DELAVAN. — Fibrome pédiculé de l'amygdale. (*N. Y. med. Record.* t. XXI, p. 296, 1882.)

MASSE. — Polype fibro-muqueux de l'amygdale gauche. (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1885, n. s. XI, p. 927.)

LUBLINSKY. — Polyp der Tonsille. (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1887, n° 10.)

LANNOIS. — Note sur un polype pédiculé de l'amygdale. (*Lyon-Médical*, 1888, p. 326.)

P. KOCH. — Note sur un cas de polype amygdalien. (*Ann. des mal. de l'or.*, 1888, p. 541.)

RIVIÈRE. — Un cas de polype pédiculé de l'amygdale. (*Ann. des mal. de l'or.*, 1889, p. 795.)

MORGAN. — Papillome de l'amygdale. (*British med. Journal*, 9 mars 1889.)

LEJARS. — Des Polypes de l'amygdale. (*Arch. de médecine*, 1891, vol. 2, p. 641.)

LEFOUR. — Polype fibreux de l'amygdale développé pendant la grossesse. (*Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1891, t. XII, p. 85.)

LOPEZ GARCIA. — Polype fibreux du pharynx. (*El Siglo medico*, 1887, p. 549.)

LAGOUTTE. — Tumeur polypeuse du pharynx. (*Lyon-Méd.*, 8 mars 1891.)

..

LABORIE. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1838.

VERNEUIL. — Papillome du voile du palais. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 2^e s., t. III, 1858.)

NEPVEU. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1875.

- VIDAL. — *Bull. de la Soc. anat.*, 2^e s., t. III, 1858.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — *Traité de l'angine glanduleuse.*
- GERHARDT. — *Arch. f. Klin. méd.*, juillet 1873.
- LLOYD. — *The Lancet*, 28 mai 1881.
- DARTIGOLLES. — Polype muqueux de la luette. (*Bull. de la Soc. d'anat. et de chir. de Bordeaux*, 1884.)
- LEFFERTS. — Papillome multiple du voile. (*Rev. des sc. méd.*, vol. 34, p. 714.)
- OTT. — *Tumeurs du voile du palais.* (Thèse de Paris, 1880.)
- COURTADE. — *Polypes papillomateux du voile du palais.* (Thèse de Paris, 1885.)
- W. FOWLER. — Papilloma of uvula. (*Brit. med. Journ.*, 8 fév. 1890.)
- MASSERI. — Papillome de la muqueuse de l'isthme du gosier. (*Riforma med.*, 7 avril 1887.)
- J. DUNN. — Pedicled papillomata of the soft palate, uvula and pillars of the fauces. (*N. Y. med. Journ.*, 22 août 1891.)
- CLAIBORNE. — Papillome de la gorge entre le pilier et l'amygdale (*N. Y. med. Rec.*, 16 fév. 1889.)
- FRENCH. — Papillome de la luette. (*N. Y. med. Rec.*, déc. 1887.)
- CHIPAULT. — Papillome du voile du palais. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, p. 153, mars 1890.)
- MALHERBE. — Papillome de la luette. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 mai 1890.)
- COZZOLINO. — Papillome diffus de la paroi post. du pharynx buccal. (*Bollett. d. mal. della gola*, 1^{er} janvier 1888.)
- HOMOLLE. — Papillome d'origine probablement syphilitique de la muqueuse palatine, pharyngienne, épiglottique et laryngée. (*Bull. de la Soc. anat.* 1874, p. 115.)
- CLARENCE ELLERMANN. — Two rare growths of the soft palat. (*The British med. Journal*, 21 janv. 1888.)

